

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PISA

FACOLTÀ MEDICINA E CHIRURGIA

Tesi di laurea specialistica a ciclo unico

La valutazione della performance in un'Azienda
Ospedaliero-Universitaria ad alta specializzazione

Relatore

Prof. Angelo Baggiani

Candidata

Serena Giorgi

ANNO ACCADEMICO 2012-2013

Indice generale

1. Introduzione.....	3
1.1 Definizione e istituzione del SSN.....	4
1.2 La Valutazione della performance in Sanità.....	14
1.3 Il servizio sanitario regionale toscano e la valutazione.....	18
1.4 Il Governo Clinico.....	22
1.5 Posti letto ed andamento giornaliero dei ricoveri in Italia, finanziamento degli ospedali.....	27
1.6 L'azienda Ospedaliera Universitaria Pisana:.....	30
1.7 S.D.O.: scheda di dimissione ospedaliera.....	32
1.8 Sistemi di classificazione della casistica ospedaliera.....	35
1.9 Gli indicatori di attività ospedaliera.....	35
1.10 Considerazioni sul sistema DRG:.....	38
2. Dati ed analisi dei dati:.....	42
2.1 Scopi e metodi della tesi.....	43
2.2 Risultati.....	49
2.3 Analisi sintetica dei risultati.....	68
3. Riflessioni e Conclusioni:.....	75
Bibliografia.....	84

1. Introduzione

1.1 Definizione e istituzione del SSN

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di eguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione, che recita:

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Il servizio sanitario nazionale fu istituito in Italia con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

Nell'articolo 1 della legge viene definito il SSN come:

"complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica". Questa legge tenta, in definitiva, di rispecchiare garantire ed estendere "la tutela della salute di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali e sociali, secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" non solo rendendo applicativo il principio dell'articolo n. 32 della costituzione: ma estendendo la gratuità a tutti i cittadini e non solo a quelli indigenti.

Come tipologia di modello sanitario, invece, la Legge 833/78 decreta il passaggio da un sistema di tipo assicurativo-sociale ad un sistema di tipo assistenziale a carico dello stato, basato sulla fiscalità generale. Il sistema sanitario designato si colloca in un'idea di assistenza pubblica teoricamente

illimitata ed incondizionata: il sistema del Welfare. La riforma sanitaria del 1978 nasce in un contesto politico molto particolare, è frutto di uno dei dei Governi di solidarietà nazionale, non a caso all'interno di tale riforma verrà approvata la legge 180 sugli "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" che decretò il superamento della logica manicomiale e la completa applicazione dell'articolo 32 della costituzione.

I principi della Riforma Sanitaria del 1978 sono:

- Universalità e gratuità delle cure
- Equità nell'erogazione dei servizi ed uniformità delle prestazioni
- Accessibilità e continuità assistenziale
- Assistenza omnicomprensiva.

Tra le innovazioni, contenute in tale riforma, atte a perseguire i principi di cui sopra:

- Programmazione, tramite Piano Sanitario Nazionale, di durata triennale, di interventi su scala nazionale per superare squilibri territoriali e condizioni socio-sanitarie disagiate.
- Decentramento dei poteri decisionali dello Stato alle Regioni ed al livello locale.
- Gestione sanitaria unificata su base territoriale attraverso le USL (unità sanitarie locali), per integrare le attività di cura e riabilitazione sotto il profilo gestionale ed amministrativo, potenziando l'assistenza sanitaria di primo livello.

La legge 833\78, nata con le caratteristiche di legge quadro, sarebbe dovuta andare a regime con una serie di adempimenti dello Stato, delle Regioni, delle stesse USL. Purtroppo, la non uniforme distribuzione e la povertà di risorse, le difficoltà economiche, l'aumento della spesa sanitaria e forse l'insufficiente cultura programmatica diffusa a vari livelli ne ha pesantemente limitato l'attuazione. Il primo Piano Sanitario Nazionale (PSN) che avrebbe dovuto essere approvato nel 1979, si ebbe così soltanto nel 1994 (PSN 1994/1997).

Il parlamento, promulgando la L. 23/10/1992 n. 421 delegò poi il Governo attraverso l'emanazione di uno o più Decreti legislativi "a provvedere ad una ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al SSN, al perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino, all'equità distributiva ed al contenimento della spesa sanitaria, assicurando a tutti i cittadini il libero accesso alle cure e la gratuità del servizio, nei limiti e secondo criteri previsti dalla normativa vigente in materia" si ebbero poi le cosiddette Riforme della Riforma, D. Lgs 502\92, il D.Lgs. 517\93 e il D. Lgs. 299\99 o riforma Bindi.

I principi alla base dei due provvedimenti sono:

la responsabilizzazione dei decisori relativamente al corretto uso delle risorse tramite il rafforzamento del ruolo delle Regioni, l'aziendalizzazione di USL e degli Ospedali qualificati per rilevanza nazionale ed alta specializzazione, l'accreditamento delle strutture che erogano prestazioni per conto del SSN, il mutato sistema di finanziamento, la responsabilizzazione in senso gestionale dei soggetti produttori di spesa, la verifica e revisione della quantità\ qualità delle prestazioni e del loro costo; la centralità del momento valutativo nel processo di governo e gestione del sistema sanitario mediante la libertà di scelta del cittadino, le nuove tecniche di contabilità, l'introduzione

ordinaria e sistematica dei metodi di misura mediante indicatori.

Questi principi, incidendo in maniera radicale sull'assetto organizzativo dei servizi sanitari, avrebbero dovuto determinare effetti positivi sulla qualità ed economicità dell'assistenza erogata; l'applicazione dei decreti stessi in modo disomogeneo nelle diverse realtà ne ha limitato la portata [1].

Nel 1999 con il D.Lgs 229 si è avviato, poi il processo di regionalizzazione del Ssn, definendolo quale "complesso delle funzioni ed attività assistenziali dei Servizi Sanitari Regionali".

La modifica del titolo V, cap II della Costituzione, varata dal Parlamento l'8/03/2001 ed approvata in sede di referendum confermativo il 7/10/2001, ha introdotto il principio di potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e della potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità.

E' proprio attraverso questi due provvedimenti che cambia il ruolo dello Stato in materia di sanità. Lo Stato, infatti da organizzatore e gestore dei servizi assume il ruolo di garante dell'equità sul territorio nazionale.

Sono quindi competenze esclusive dello Stato:

1) la determinazione dei Livelli Essenziali di assistenza, ovvero le prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale (art. 117 della Costituzione) definiti per la prima volta con il DPCM del 29/11/2001.

2) la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività (art. 32 della Costituzione).

Questi obiettivi sono definiti dal Piano Sanitario Nazionale in coerenza con gli obiettivi di finanza pubblica ed in coerenza con le direttive dell'Unione

Europea e le altre organizzazioni fra le quali: l'OMS (organizzazione mondiale della sanità) ed il consiglio d'Europa.

Livelli di assistenza

Il concetto di "livelli di assistenza" è stato introdotto nel nostro ordinamento all'atto della istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, all'articolo 3 della Legge 833/78: "La legge dello Stato, in sede di approvazione del Piano Sanitario Nazionale, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini". L'art. 4 precisava che dovevano essere superati gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese. I livelli previsti dalla Legge 833/78 coincidevano con l'ambito generale di assistenza sanitaria, nell'intento di unificare nella Unità Sanitaria Locale tutte le prestazioni sanitarie precedentemente erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali. Si abbandonava il sistema mutualistico, che presentava regimi differenziati di assistenza per categorie ed ambiti geografici per creare un sistema sanitario universalistico nelle garanzie, con copertura sanitaria estesa a tutta la popolazione italiana.

All'inizio degli anni '90 si cominciano a delineare tutti i presupposti per la nuova riforma sanitaria. Nella normativa di riforma i livelli di assistenza sono richiamati nell'esplicito intento di conciliare le pressanti esigenze di risanamento dei conti pubblici con la necessità di una tutela uniforme della salute.

A fronte della scarsità delle risorse a disposizione e di una crescente domanda di salute si rendeva necessario, infatti, selezionare l'insieme delle prestazioni e dei servizi che il SSN si impegnava ad erogare in correlazione con le risorse pubbliche a disposizione. Risultava altrettanto importante modificare

le modalità di riparto delle risorse tra le Regioni, adottando un sistema che le responsabilizzasse nel controllo della spesa, a fronte di una più sostanziale attribuzione di poteri programmatori sull'insieme dei servizi sanitari. La Legge 30 dicembre 1991, n. 412: "Disposizioni in materia di finanza pubblica", affidava, infatti, al Governo, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, la determinazione, con effetto dal 1 gennaio 1992, dei "livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale, nonché gli standard organizzativi e di attività da utilizzare per il calcolo del parametro capitaro di finanziamento di ciascun livello assistenziale per l'anno 1992". Questi contenuti sostanziali sono stati ripresi e sviluppati nelle norme di riforma del Servizio Sanitario Nazionale, adottate con il D.Lgs. 502/1992, come modificato dal D.Lgs. 517/93. Esse prevedono quanto segue: "Il Piano Sanitario Nazionale definisce i livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale". La loro individuazione è effettuata "sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al valore delle risorse a disposizione".

La fase attuale è caratterizzata dalle istanze federalistiche, che hanno avuto una prima realizzazione nel Decreto Legislativo n.56 del 2000 e nella riforma del Titolo V della Costituzione, di cui alla Legge Costituzionale n.3/2001.

Ma già nella legge del 18 Luglio 1996 n 382 si prevedeva (art. 1 comma 2ter) che "Le Regioni procedono alla ristrutturazione della rete ospedaliera operando... con criteri di economicità ed efficienza di gestione".

La spinta federalistica ha reso importante ed urgente definire i livelli di assistenza. La piena autonomia e responsabilità attribuita alle Regioni sul piano finanziario e il conseguente obbligo di ripianare gli eventuali deficit di gestione

delle aziende sanitarie ha portato le stesse Regioni a richiedere un preciso impegno da parte del Governo nell'indicazione degli ambiti di assistenza da assicurare. L'accordo tra Stato e Regioni, siglato l'8 agosto 2001, ha operato in due direzioni fondamentali:

ha individuato una serie di diritti e doveri delle parti contraenti, tra cui l'obbligo per il Governo di definire i livelli entro tempi rapidi (30 novembre 2001), in relazione alle risorse stabilite nello stesso documento, tramite uno specifico accordo tra Stato e Regioni, da recepirsi successivamente con un atto avente forza normativa (D.P.C.M.);

ha fissato l'entità delle risorse da attribuire al SSN e ha stabilito la necessità di un nuovo riequilibrio nel riparto delle risorse tra le Regioni, che tenga anche conto della "necessità di incentivare i comportamenti virtuosi, di rimuovere le situazioni di svantaggio e migliorare la qualità dei servizi". Le Regioni si sono impegnate, pertanto, a rivedere i parametri di ponderazione della Legge 662/96.

L'obiettivo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse è da oltre venti anni sancito nella normativa nazionale. Già il Dlgs 502/1992 specificava che (art. 1 comma 7) "Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che (...) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza".

I LEA sono stati definiti successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 8 agosto 2001, i cui contenuti sono stati recepiti con il D.P.C.M. 29 novembre 2001. La scelta di fondo è stata quella di confermare quanto già garantito

(effettuando una ricognizione dell'esistente e confermando le liste positive già presenti in alcuni settori: farmaceutica, specialistica ambulatoriale, protesi, dietetici) e di formulare alcune liste negative:

2.A breve lista negativa, basata principalmente sui criteri dell'efficacia clinica e dell'essenzialità;

2.B una lista parzialmente negativa, basata principalmente sull'appropriatezza clinica;

2.C una lista che riguarda principalmente l'appropriatezza organizzativa. In questa lista si riporta l'elenco di 43 DRG "ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità".

La Legge del 6 Agosto 2008 n. 133 ha ulteriormente enfatizzato l'obiettivo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse attraverso la modifica del setting assistenziale, subordinando l'accesso al finanziamento integrativo da parte dello Stato alla stipula di una specifica intesa fra Stato e Regioni che "Contempli ai fini dell'efficientamento del sistema e del conseguente contenimento della dinamica dei costi... una riduzione dello standard dei posti letto, diretto a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale".

Il Patto per la Salute sottoscritto il 28 settembre 2006 nella logica di favorire percorsi condivisi tra governo e Regioni, introduceva il concetto di "autovalutazione" da parte delle Regioni della qualità dell'assistenza erogata, indicando la necessità che "il livello centrale (sia ministeriale che del coordinamento interregionale) svolga non solo una funzione di verifica ma, per le regioni che lo richiedano o comunque per quelle impegnate nei piani di

rientro, anche di supporto, servizio e affiancamento finalizzati ad una autovalutazione della qualità dell'assistenza erogata".

Nel Patto per la Salute si afferma quindi, in forma innovativa, un ruolo nazionale delle Regioni attraverso un loro forte coordinamento e una sussidiarietà a sostegno delle realtà con maggiori criticità.

1.2 La Valutazione della performance in Sanità

Il Servizio sanitario nazionale è un sistema fondato su due elementi cardine: la Programmazione e la Valutazione.

L'intero sistema sanitario, viene analizzato alla luce dei risultati di salute, di erogazione dei Lea Livelli Essenziali di Assistenza (efficacia); di utilizzo delle risorse, di costi sostenuti, di determinazione dei costi standard associati ai livelli essenziali delle prestazioni (efficienza); di valori condivisi, aspettative del cittadino, empowerment dell'utente, sia esso individuo o comunità (equità).

Quella che definiamo come "qualità dell'assistenza" è un insieme di diverse dimensioni che attengono a vari aspetti dell'attività dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie nel loro insieme [2].

Le dimensioni dell'assistenza sanitaria che concorrono a definirne la qualità sono:

L'accessibilità, cioè la facilità con cui i pazienti accedono all'assistenza necessaria in funzione dei propri bisogni.

La continuità cioè il grado di coordinamento ed integrazione tra servizi ed operatori coinvolti nella gestione di determinate categorie di pazienti.

L'efficacia, ovvero la capacità di un intervento sanitario di ottenere i risultati clinici desiderati.

L'efficienza, cioè la capacità di ottenere i risultati clinici desiderati con il minimo impiego di risorse.

L'appropriatezza clinica ovvero l'utilizzo di un intervento sanitario

efficace in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche.

L'appropriatezza organizzativa: erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le

caratteristiche di complessità dell'intervento erogate e con quelle cliniche del paziente.

La sicurezza cioè l'erogazione dell'assistenza in contesti organizzativi che riducono al minimo le condizioni di rischio o pericolo per i pazienti e per gli operatori.

La tempestività, cioè l' erogazione di un intervento in tempi congrui con il bisogno assistenziale del paziente.

La centralità del paziente, cioè la capacità di tenere conto, nella definizione dei percorsi assistenziali, dei bisogni, delle aspettative e delle preferenze del paziente e dei suoi familiari, rispettando la sua cultura, la sua autonomia decisionale e la sua dignità.

Lo sviluppo delle risorse umane, ovvero la capacità di conservare e sviluppare le competenze dei professionisti, offrendo opportunità di continuo apprendimento ed addestramento, in un ambiente consono a mantenere la soddisfazione dei professionisti per il contesto lavorativo in cui operano.

Decidere di quali indicatori avvalersi, vale a dire scegliere cosa misurare e come, rappresenta un aspetto critico, in quanto le misure degli indicatori devono consentire di formulare un esplicito giudizio sulla qualità dell'assistenza erogata.

L'appropriatezza nell'erogazione dei servizi sanitari

Il concetto di appropriatezza, già presente nella filosofia del Servizio Sanitario Nazionale in quanto caratteristica indispensabile dei Livelli Essenziali di Assistenza ("sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del SSN i servizi e le prestazioni che non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza", art.1 comma 7 D.Lgs. 229/1999), gioca un ruolo rilevante per temperare gli effetti indesiderati delle modalità di remunerazione a tariffa introdotte con le riforme degli anni novanta. In assenza di specifici interventi a tutela della appropriatezza, infatti, l'aumento dell'efficienza produttiva e la conseguente riduzione dei costi indotta dall'introduzione del sistema dei DRG incentiva gli ospedali ad aumentare i ricoveri anche se non sempre ne esiste l'indicazione clinica.

La definizione più completa di appropriatezza appare essere quella fornita dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 dove si legge che le "prestazioni" devono:

- essere fondate su evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute nelle applicazioni concrete;
- essere utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche corrispondono alle indicazioni raccomandate; essere efficienti, cioè garantire un uso ottimale delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza".

Le applicazioni operative di questa definizione hanno seguito due filoni, dando luogo a **due tipologie di appropriatezza, "specificata" e "generica" o "organizzativa"**.

La prima, storicamente precedente, prende in considerazione l'effettuazione di specifici interventi o procedure diagnostiche: cioè se un determinato intervento riferito a un certo paziente viene eseguito con un margine sufficientemente largo tra benefici e costi da renderlo convenientemente erogabile.

L'appropriatezza organizzativa, invece, si riferisce al "livello" assistenziale, ricovero ospedaliero, ordinario o diurno, specialistica ambulatoriale, medicina di base nel quale un determinato caso diagnostico o terapeutico viene affrontato. Se le prestazioni vengono eseguite a un livello di assistenza più intensivo di quello necessario, tale intervento viene definito inappropriato. È possibile individuare due approcci al problema della valutazione dell'appropriatezza generica: l'approccio analitico e quello analitico-campionario.

L'approccio analitico consiste nella valutazione caso per caso dei ricoveri sui quali si intende formulare un giudizio di appropriatezza, in conformità a dei parametri definiti. Il livello di appropriatezza della casistica considerata viene stimato, dunque, a partire da valutazioni sull'appropriatezza di ogni ricovero, singolarmente considerato e si esprime, semplicemente, come proporzione di ricoveri giudicati inappropriati sul totale della casistica considerata. Questo approccio presenta lo svantaggio di essere estremamente dispendioso, e quindi praticamente inapplicabile per casistiche poco consistenti.

In risposta a questo inconveniente, l'approccio analitico/campionario utilizza i vantaggi (tra cui l'economicità) dell'inferenza statistica: la quota di ricoveri inappropriati si misura su un campione e si attribuisce all'universo della casistica, secondo le regole note del procedimento inferenziale. In questo modo, la generalizzazione fa perdere di vista il singolo caso e si definiscono

genericamente livelli di inappropriatezza: quanti e non quali sono i ricoveri inappropriati nell'universo.

L'approccio analitico-campionario si differenzia in una molteplicità di forme, distinte per il disegno di campionamento adottato e per la tipologia di casistica selezionata. I campioni possono essere scelti totalmente a caso (campioni random) o sulla base di caratteristiche specifiche (campioni di convenienza). Una modalità di selezione molto utilizzata è quella di campionare una giornata di degenza scelta a caso (giornata-indice) o la giornata di ammissione: nel primo caso, si tende a sovrarappresentare sistematicamente i ricoveri con degenza più lunga; nel secondo caso, si avrà un campione maggiormente rappresentativo della effettiva distribuzione delle degenze. Il disegno può essere, inoltre, di tipo trasversale (si analizza una o più giornate selezionate) o longitudinale (si valuta l'intero ricovero cui la giornata o le giornate selezionate appartengono).

1.3 Il servizio sanitario regionale toscano e la valutazione

La Regione Toscana ha approvato una nuova legge organica nel 2005 sulla disciplina del servizio sanitario regionale la cui finalità è la promozione della salute tramite "l'integrazione delle politiche settoriali al livello regionale e locale finalizzate ad obiettivi di salute". (titolo II articolo 3, 4, 5, 6 e 7). Legge Reg. n°40 del 24.2.2005 Disciplina del servizio sanitario regionale.

Nella legge abbiamo anche la costituzione delle AREE VASTE come "soggetto di programmazione" (articolo 9) tramite i comitati di area vasta costituiti dai direttori generali delle aziende, come soggetto di "integrazione istituzionale" con l'articolazione della conferenza regionale per la

Il servizio sanitario regionale toscano e la valutazione programmazione socio-sanitaria in tre subconferenze di area vasta, di cui sono istituiti gli enti per i servizi tecnico-amministrativi (ESTAV).

L'area vasta del Nord Ovest comprende 5 USL (Massa-Carrara, Lucca, Pisa, Livorno, Versilia) 1 A.O. (Azienda Universitaria Ospedaliera Pisana), 12 Zone e 17 Distretti, per una popolazione di 1.235.902.

Con la promulgazione del D.L. 517 in attuazione degli articoli 33 35 69 vengono istituite le Aziende Ospedaliero Universitarie.

Nel servizio sanitario toscano le Aziende Sanitarie locali gestiscono al livello territoriale tutti e tre i livelli assistenziali ossia: prevenzione, attività territoriali e ospedali di primo e secondo livello. Le Aziende Ospedaliero Universitarie della Regione Toscana sono quattro: Pisana, Meyer, Careggi, Le Scotte (Siena) e sono integrate con i tre Atenei di Siena, Pisa, Firenze. A loro è affidata l'assistenza di terzo livello di Area Vasta e l'Assistenza Ospedaliera per i cittadini o parte di essi che risiedono nel capoluogo in cui insistono.

Quindi se le Aziende Unità Sanitarie Locali devono garantire i Lea, la medicina territoriale, la continuità assistenziale, ed hanno rapporti diretti con gli erogatori privati le Aziende Ospedaliero-Universitarie "concorrono" alla garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ma perseguono l'alta specialità.

Le Aziende Unità Sanitarie Locali vengono finanziate tramite una quota capitaria, Per il raggiungimento delle finalità le AUSL vengono finanziate con una quota del fondo sanitario per ogni cittadino residente nel territorio sul quale insiste l'AUSL stessa; questa quota ha una parte fissa ed una parte variabile in funzione delle condizione "ambientali" (territori densità abitativa-rischio...). Sono previsti ulteriori fondi per il perseguimento di specifici obiettivi PSR.

Mentre per quanto riguarda le AOU la modalità di funzionamento finanziario è la prestazione che è un "pagamento effettuato sulla base della produzione di prestazioni sanitarie (ambulatoriali, di laboratorio e ricovero) valorizzate attraverso l'utilizzo di nomenclatori tariffari specifici.

Le prestazioni prodotte, e quindi gli importi esigibili, sono soggette ad un tetto di volumi concertato con le AUSL regionali e sono previsti ulteriori fondi per il perseguimento dell'alta specialità.

La modificazione dell'organizzazione e della natura giuridica delle Unità sanitarie locali e di alcuni ospedali ispirata a criteri di carattere privatistico, l'implementazione del grado di autonomia e di responsabilizzazione regionale eleggendo la Regione ad ente capogruppo del SSN (innovazione legata anche alle prime modifiche apportate al sistema di finanziamento), la prefigurazione di un sistema di concorrenza tra strutture pubbliche e private, fondato sull'accreditamento e il finanziamento a tariffa delle strutture stesse, hanno creato la necessità di un governo aziendale e quindi anche clinico.

Per consentire la crescita in rete del sistema di offerta delle prestazioni specialistiche di ricovero e ambulatoriali di secondo livello, le aziende sanitarie di ciascuna area vasta individuano funzioni di coordinamento tecnico interaziendale per settori professionali omogenei che hanno il compito di elaborare proposte di sviluppo delle attività e che tengono conto dell'evoluzione delle procedure cliniche e diagnostiche.

L'area vasta ha anche il compito di proporre, a livello regionale, apposite linee guida e validare quelle esistenti al fine di sviluppare una vera e propria funzione di "Governo Clinico": la valutazione sull'organizzazione ospedaliera, l'individuazione delle situazioni più rilevanti a cui dare priorità di

Il servizio sanitario regionale toscano e la valutazione miglioramento, l'individuazione di aree di forza e di debolezza per rafforzare l'integrazione ed il coordinamento tra reparti e servizi di diagnosi e cura, costruire il budget, affinare valutazioni di qualità su: tasso di mortalità, infezioni nosocomiali, e l'utilizzo inappropriato delle risorse.

1.4 Il Governo Clinico

Il concetto di *clinical governance* (governo clinico) nasce nel Regno Unito come politica sanitaria orientata al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Con il Piano sanitario regionale 2002-04, la Toscana, inserisce il Governo clinico all'interno del servizio sanitario formalizzandone compiti e ruoli.

Le attività che ne conseguono agiscono sia sul versante organizzativo che su quello culturale, inteso come gestione della conoscenza per l'assunzione di decisioni cliniche al fine di orientarle verso una maggiore efficacia e appropriatezza, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori, una corretta gestione della sicurezza del paziente ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti amministratori e cittadini. La realizzazione concreta del Governo clinico, prevede compiti, ruoli ed anche livelli differenziati e definiti ma tenuti insieme da una visione che privilegia l'approccio integrato per garantire ai cittadini i migliori risultati delle cure e l'appropriatezza delle prestazioni. La elaborazione di Linee guida (IDT) dedicate alle patologie, a cura del Consiglio sanitario regionale, la creazione di percorsi assistenziali omogenei, la condivisione delle buone pratiche, la creazione di reti regionali con differenti livelli di complessità di cura in settori strategici come quelli della oncologia e dei trapianti, ha infatti lo scopo di aiutare i professionisti ad assumere le decisioni cliniche individuando gli strumenti di cura più efficaci, garantendo ai cittadini appropriatezza terapeutica ed uniformità di cura.

Per quanto riguarda la Regione Toscana, la competizione non è stata

valutata auspicabile, in primo luogo perché nei servizi sanitari l'utente è in condizioni di asimmetria rispetto ai soggetti erogatori, in secondo luogo perché vi è un altissimo rischio di "bruciare" risorse della comunità, ossia di duplicare investimenti soprattutto in tecnologie e macchinari per attirare la domanda in modo inappropriato [3].

La Regione Toscana ha inteso introdurre, con il sistema di valutazione della performance presentato nei paragrafi seguenti, uno strumento di governo del sistema sanitario regionale in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo fossero monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa fosse integrato con le misure di risultato, con la finalità di evidenziare il valore prodotto per il cittadino (Mc Laughlin et al. 2000).

La Regione Toscana ha ipotizzato fin dal 2002 l'attivazione di un sistema per monitorare la performance, prevedendo la misurazione di molteplici variabili nel perseguimento degli obiettivi strategici regionali.

Nel 2001 la Regione Toscana ha affidato ad un gruppo di ricerca della scuola Superiore S Anna l'incarico di predisporre un progetto di prefattibilità per un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle Aziende sanitarie Toscane.

Successivamente, con decreto n 3065/2003 ha chiesto una prima implementazione alla Scuola Superiore S. Anna selezionando quattro aziende sanitarie su cui avviare la sperimentazione.

Le Aziende che furono scelte furono: la USL 3 di Pistoia, USL 5 di Pisa, USL 8 di Arezzo, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

Queste aziende furono scelte perché rappresentative delle tre aree vaste, perché molto simili in termini di tipologia dei servizi offerti. In particolare la

USL 5 e l'AOU Pisana furono scelte quali realtà rappresentative, la prima delle aziende sanitarie che hanno nel proprio territorio la presenza di un'azienda ospedaliero-universitaria, la seconda con una missione diversa dalle Aziende Sanitarie territoriali in cui accanto all'assistenza sono obiettivi strategici anche la ricerca e la didattica.

Nel sistema toscano è stato scelto di coinvolgere professionisti medici per valutare l'opportunità di inserire nel sistema elementi di specificità nelle figure dei Direttori di Dipartimento ad Attività Integrata.

Gli incontri si sono svolti in due fasi, nella prima fase è stato discusso l'assetto organizzativo dipartimentale delle Aziende Ospedaliero Universitarie, nella seconda docenti di economia delle tre Università Toscane più il S. Anna nel ruolo di facilitatore hanno attivato dei "laboratori" ossia dei gruppi di lavoro che hanno approfondito per specialità la tematica degli indicatori di performance (più di 200) individuando una rosa specifica soprattutto per la componente sanitaria.

Questo percorso si è concluso a Marzo 2006 con la presentazione pubblica di un rapporto dove sono stati presentati dai partecipanti stessi gli indicatori individuati e calcolati.

Quello che dovrebbe avvenire tra le realtà Aziendali della Regione Toscana è un processo di Benchmarking ovvero una metodologia basata su un confronto sistematico che permette alle aziende che lo applicano di compararsi con le migliori e soprattutto di apprendere da queste per migliorare, tramite questo sistema si dovrebbe quindi valorizzare la "best practices" delle Aziende Sanitarie facilitando il superamento dell'autoreferenzialità per valorizzare il confronto.

Il sistema di reporting multimediale dei risultati elaborato prevede la creazione di un "bersaglio" o ragnatela composto da cinque fasce di valutazione suddiviso in sei settori circolari dipendenti dalle seguenti sei dimensioni: valutazione dei livelli di salute della popolazione (A), capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale (B), valutazione socio-sanitaria (C): qualità, appropriatezza, efficacia, capacità di governo, valutazione esterna, cioè da parte dei cittadini (D), valutazione interna (E) livello di soddisfazione dei dipendenti, valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria (F) con questo si intende la capacità aziendale, le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria sono: equilibrio reddituale, monetario, finanziario e patrimoniale.

Si procede poi al posizionamento delle misure relative agli indicatori individuati per ogni dimensione oggetto del sistema di valutazione a cinque fasce, ogni azienda si vede rappresentata dunque nel proprio bersaglio in cui vengono riportati in sintesi i cinquanta indicatori selezionati.

Un altro esempio di valutazione e monitoraggio è Remolet: REte di MONitoraggio dei LEa Tempestiva. Si tratta di uno strumento attivato da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), in collaborazione con alcune Regioni: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Provincia di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia. La motivazione principale che ha portato alla nascita di Remolet è stata soprattutto la necessità espressa, in via principale dalle Regioni e poi anche da altri soggetti istituzionali, di poter disporre di dati tempestivi e ragionati sul funzionamento del servizio sanitario.

Il disegno tradizionale di un sistema informativo sanitario prevede, infatti, la comunicazione di tutte le informazioni elementari ad un "server" centrale che

le raccoglie, le omogeneizza, le analizza e ne comunica i risultati delle analisi effettuate o ne mette a disposizione i file con i dati elementari. Un tale modello di funzionamento può essere definito indispensabile ma "pesante" in senso organizzativo, in quanto necessariamente risulta costoso, lento, vulnerabile a tutte le limitazioni della privacy, poco flessibile, nonché scarsamente trasparente ai processi elaborativi.

Remolet è invece un modello di sistema "leggero", cioè poco costoso, veloce, senza problemi di privacy, molto flessibile e trasparente rispetto ai problemi dei sistemi informativi regionali; non un sistema alternativo, piuttosto un sistema che si affianca ed integra il primo [4].

1.5 Posti letto ed andamento giornaliero dei ricoveri in Italia, finanziamento degli ospedali

Il ruolo dell'ospedale in Italia è radicalmente mutato dal dopoguerra ad oggi: da un lato la ricerca e la tecnologia offrono sempre più la possibilità di cure avanzate, dall'altra assistiamo ad un cambiamento demografico spostato sempre più in avanti, per il quale sono necessarie cure di lungo periodo piuttosto che interventi chirurgici urgenti ed immediati.

L'ospedale contemporaneamente è diventato sempre più un presidio di erogazione delle prestazioni, mediche e principalmente chirurgiche, di alta complessità e la degenza ha perso il significato assistenziale. Per quanto riguarda l'Europa i posti letto negli ultimi 25 anni si sono ridotti di un terzo e i giorni di degenza si sono più che dimezzati.

La situazione Italiana ha avuto un trend ancora più accentuato, la deospedalizzazione in atto, volta oltre che al risparmio delle risorse, in un Servizio Sanitario che tende ad avere una domanda sempre più espansa e frammentata, anche alla riduzione dei rischi infettivi connessi con la degenza in ospedale, vede la riduzione dei posti letto da 485.578 del 1978 a 190.176 attuali.

Il numero medio di posti letto per ospedale dà un'idea, seppur grossolana, delle dimensioni della struttura. Nel pubblico si passa da una media di 419 posti letto a 292 per ospedale ed il tutto avviene entro i primi anni Novanta. In questo contesto si sta verificando in tutto il territorio nazionale, con dovute ed a volte grossolane differenze fra regioni la riduzione dell'area di degenza, l'ampliamento dell'area di chirurgia programmata di bassa complessità, la

Posti letto ed andamento giornaliero dei ricoveri in Italia, finanziamento degli ospedali trasformazione dei day hospital in day service e il rafforzamento dell'attività di terapia intensiva. Prima del 1995 gli ospedali pubblici erano finanziati sulla base di previsioni di spesa e di successivi rimborsi a piè di lista delle spese sostenute, mentre gli ospedali privati convenzionati erano remunerati in proporzione alle giornate di degenza e sulla base di una diaria che non faceva distinzioni tra le prestazioni erogate.

A partire dal 1995 tanto gli ospedali pubblici (siano essi aziende ospedaliere o presidi di aziende sanitarie locali) quanto gli ospedali privati accreditati hanno cominciato a essere remunerati in maniera prospettica sulla base di determinate tariffe, in proporzione e a seconda delle prestazioni erogate.

Questo è l'impianto in tema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera stabilito dalla riforma introdotta dal Dlgs N.502/92 e che sostanzialmente ha resistito ai successivi provvedimenti di riforma (DLgs N.517/93 e soprattutto Dlgs N.229/00).

Una serie di specificazioni al margine degli "appositi rapporti" portarono a designare il nuovo modello di SSN, trasformato da un sistema gerarchico "comando e controllo" ad uno di integrazione verticale incompleta su base contrattuale. Il primo passo fu compiuto dal decreto correttivo Ciampi-Garavaglia del 1993 che indicò le tre componenti fondamentali:

l'accreditamento "istituzionale" delle strutture sanitarie pubbliche e private secondo criteri strutturali, organizzativi e di funzionamento definiti dalle Regioni in base ad indirizzi nazionali; il pagamento a prestazione degli ospedali secondo le tariffe ROD (Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi), la denominazione con cui vennero ribattezzati in Italia i DRG (diagnosis related group) già in uso dal 1983 negli Stati Uniti e l'adozione di sistemi di verifica e

Posti letto ed andamento giornaliero dei ricoveri in Italia, finanziamento degli ospedali revisione della qualità (VRQ) per il miglioramento continuo della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. Mentre quest'ultimo aspetto venne progressivamente assorbito fra i requisiti dell'accreditamento, il pagamento a prestazione degli ospedali attraverso i DRG e l'accreditamento istituzionale delle strutture divennero gli strumenti portanti del funzionamento del SSN secondo criteri che vennero infine formalizzati entro un modello coerente di funzionamento con la riforma Bindi del 1999 [5].

Il sistema DRG ed il pagamento prospettico creano un sistema centrale per il funzionamento di quella che diviene a tutti gli effetti un'Azienda.

Concettualmente l'ospedale può essere considerato come un sistema multi-produttivo con un numero di linee di produzione che approssima tendenzialmente il numero di pazienti trattati, in conseguenza della variabilità delle caratteristiche cliniche dei singoli pazienti e dell'ampia gamma di strategie assistenziali possibili [6].

Sicuramente sono diminuiti i ricoveri ordinari per acuti, ma non è diminuita la spesa ospedaliera, né in valore assoluto né in valore proporzionale rispetto alla spesa sanitaria globale, e ciò dovrebbe significare che se si stanno facendo meno ricoveri, questi però sono sempre più complessi e costosi. Si sono sicuramente ridotti i ricoveri organizzativi meno appropriati, ma non è possibile sapere se sia aumentata o meno l'appropriatezza clinica. Vi è l'opinione che la maggior complessità si accompagni ad una maggiore appropriatezza clinica, ma in realtà può essere clinicamente non appropriato tanto un ricovero di bassa complessità quanto uno di elevata complessità [7].

1.6 L'azienda Ospedaliera Universitaria Pisana:

L'A.O.U.P. è Azienda Ospedaliera integrata con l'Università di Pisa (di seguito, Università).

La missione dell'Azienda è quella di contribuire a garantire i più elevati livelli di salute possibili:

- assicurando la centralità del paziente e garantendo un'attenzione al servizio inteso come valore aggiunto della componente tecnico-professionale e parte integrante e sostanziale della prestazione stessa;
- garantendo ai pazienti ed ai loro familiari ascolto, informazione e conforto nel rispetto dei loro sentimenti;
- valorizzando ed integrando le competenze, sviluppando le conoscenze e le abilità tecnico-professionali, organizzative e direzionali;
- favorendo lo sviluppo dell'organizzazione orizzontale e per processi e la valorizzazione e la gestione per percorsi assistenziali e clinici.

L'A.O.U.P. intende favorire il raggiungimento di questi obiettivi adottando una gestione orientata sui flussi-paziente, e organizzando di conseguenza le attività sulla base del modello di ospedale per intensità di cura e su questa sviluppare e favorire le linee di ricerca e didattica.

L'A.O.U.P. assume la configurazione di elemento strutturale sia del SSN, in particolare del servizio sanitario della Regione Toscana, sia del sistema universitario, di cui condivide le finalità didattiche e di ricerca.

L'A.O.U.P. si caratterizza per lo svolgimento in forma unitaria e coordinata delle funzioni di assistenza e, per quanto strettamente integrate, delle funzioni di didattica e di ricerca.

In particolare l'A.O.U.P. assicura:

- attività assistenziale di ricovero, prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività d'emergenza-urgenza;
- attività didattiche, per quanto integrate con le attività assistenziali legate al sistema regionale, attraverso la concertazione con l'università con riferimento ai corsi di laurea delle professioni sanitarie, ai corsi di laurea magistrale ed ai corsi delle Scuole di Specializzazione erogati dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- una dotazione funzionale di posti letto congrua rispetto al fabbisogno in materia di didattica e ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, e l'utilizzo di tutte le altre risorse presenti (tecnologiche e professionali), secondo piani condivisi con la Direzione Sanitaria al fine di assicurare un ottimale svolgimento dei corsi di studio a ciclo unico e dei corsi di studio delle professioni sanitarie, nonché la formazione degli specializzandi. Qualora non siano disponibili sedi presso l'A.O.U.P., l'Università, di concerto con l'A.O.U.P. può individuare altre sedi di attività formativa, presso altre strutture pubbliche regionali; in carenza è consentito individuare sedi anche presso strutture private accreditate;
- un potenziamento delle attività di ricerca, in attuazione di specifici protocolli esecutivi tra Regione ed Ateneo. Le iniziative in materia sono volte essenzialmente allo sviluppo di procedure diagnostiche e terapeutiche innovative, alla predisposizione di un rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali, al coordinamento delle attività di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale.

L'A.O.U.P. garantisce altresì, in qualità di provider ECM, la formazione attraverso lo sviluppo di un'offerta formativa per il proprio personale e per quello universitario svolgente attività assistenziale o di supporto alla stessa, ed

anche verso altri soggetti del servizio sanitario, nonché lo sviluppo, la sperimentazione ed il consolidamento di nuovi modelli formativi.

L'A.O.U.P. incorpora tra i valori fondanti della propria cultura aziendale, della propria struttura organizzativa, delle proprie modalità operative, la promozione della salute, intesa quale processo teso a mettere in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla: aderisce alla rete degli Ospedali per la Promozione della Salute e ne fa propri i valori, i concetti e gli standards: nei limiti delle proprie competenze istituzionali e dei mandati assegnati a ciascuna Azienda del Servizio Regionale, collabora a tutte le iniziative comuni di promozione e cultura della salute (Atto Aziendale A.U.O.P.)

1.7 S.D.O.: scheda di dimissione ospedaliera

La SDO (scheda di dimissione ospedaliera) è stata istituita con Decreto del Ministro della Sanità, 28 dicembre 1991 e con il decreto di attuazione del 26/7/93. E' uno strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici o privati sul tutto il territorio nazionale. Essa è parte della cartella clinica di cui assume tutte le valenze di carattere medico-legale e contiene tutte le informazioni sul paziente dall'accettazione alla dimissione.

All'interno dell'ospedale la SDO è perno per la costruzione di un sistema integrato tra le informazioni anagrafico gestionali e quelle cliniche, mentre all'esterno il tramite per le transazioni finanziarie e per le attività di controllo.

Le informazioni contenute nella SDO sono state individuate in coerenza

con il set minimo di data raccomandato di rilevare dalla Comunità Europea per tutti i pazienti che si trovino in regime di ricovero ospedaliero, e costituiscono il nucleo centrale dei sistemi informativi ospedalieri finalizzato a supportare la ricerca epidemiologica e clinica. (D.M. N 380 del 27/10/2000 G.U. 19/12/2000 n. 295).

Gli istituti di ricovero, pubblici e privati hanno l'obbligo di inviare con periodicità, almeno trimestrale, alla Regione le informazioni contenute nelle SDO relative ai dimessi dalle proprie strutture, ivi compresi i neonati sani. Al livello regionale e locale è istituito un sistema di monitoraggio e controllo sulla "Qualità e veridicità delle SDO".

I dati SDO possono essere diffusi esclusivamente in forma anonima, predisponendo opportune elaborazioni ed aggregazioni in modo da garantire il rispetto della disciplina in materia al trattamento di dati personali.

La responsabilità della corretta compilazione e codifica compete al medico Responsabile della dimissione o ad un medico individuato dal Responsabile della struttura Organizzativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione deve contenere la firma del medico dimettente e del Responsabile della Struttura;

- Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'Istituto di cura; essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'Istituto di cura e pertanto il medico dimettente deve tenere in considerazione l'intero percorso diagnostico e terapeutico del paziente e non limitarsi a segnalare i trattamenti e le diagnosi effettuati nel proprio reparto.
- in caso di trasferimento del paziente dal DH o dalla riabilitazione a un

S.D.O.: scheda di dimissione ospedaliera

RO o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica ed una nuova SDO.

Ad ogni DRG corrisponde un items della Versione ICD-9-CM in utilizzo è la 9^a versione Anno 2007, ed è orientata a classificare i dati di morbosità.

1.8 Sistemi di classificazione della casistica ospedaliera

I sistemi di classificazione nascono come sistemi di misura del prodotto ospedaliero in grado di aggregare i ricoveri in un numero relativamente ridotto di raggruppamenti clinicamente significativi ed omogenei per determinate caratteristiche permettendo, quindi, di standardizzare la casistica prodotta da un ospedale.

In virtù di questa loro caratteristica generale, diversi sistemi di classificazione hanno trovato utilizzo nell'ambito dei sistemi di finanziamento a prestazione e nell'ambito delle attività di valutazione dell'efficienza operativa e della qualità dell'assistenza. In queste attività di valutazione, i sistemi di classificazione offrono un valido contributo ai fini di una valutazione comparativa tra diversi reparti o ospedali.

1.9 Gli indicatori di attività ospedaliera

Per poter iniziare a trattare il tema delle performance delle attività ospedaliere AOUP oggetto della discussione è sicuramente utile fornirne una definizione “normativa” che stabilisca le caratteristiche e finalità dei cd. “indicatori”.

1.9.1 Definizione

Gli indicatori sono strumenti in grado di mostrare (misurare) l'andamento di un fenomeno che si ritiene rappresentativo per l'analisi e sono utilizzati per

monitorare o valutare il grado di successo, oppure l'adeguatezza delle attività implementate

Sinteticamente “Un indicatore è una misura sintetica, in genere espressa in forma quantitativa, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l'andamento del fenomeno cui è riferito”.

1.9.2 A che cosa servono

L'apparato di indicatori ha solo la finalità di.

- verificare ed essere strumento di aiuto alla decisione per i funzionari clinici,
- deve poter essere utilizzato anche per effettuare dei lavori di benchmarking, o confronto tra pari, tra le varie cliniche sia a livello di regioni che di nazioni.

1.9.3 Requisiti di base degli indicatori

Validità: devono misurare effettivamente ciò che si intende misurare

Controllabilità: devono riguardare aspetti che sono sotto l'effettivo controllo di chi governa la politica in questione

Comprensibilità: devono essere comprensibili a coloro che devono utilizzarli

Unicità: ogni indicatore deve rilevare un aspetto che nessun altro indicatore rileva

Tempestività: le informazioni necessarie devono essere disponibili in tempo utile

Comparabilità: deve essere possibile una comparazione nel tempo (over time) e/o nello spazio (cross section)

Economicità: i benefici derivanti dall'indicatore devono essere superiori al costo della rilevazione

1.9.4 Sintesi evoluzione normativa

Nel 1981, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito gli indicatori come informazioni cruciali e selezionate che aiutano a misurare cambiamenti in relazione a bisogni prioritari e permettono di monitorare specifici aspetti di politica sanitaria o di fattori rilevanti alla determinazione di politiche sanitarie o correlate.

In Italia con il D.lvo n.502 del 30 dicembre 1992, che provvede ad una profonda riorganizzazione del SSN (istituito con Legge 883-1978), si stabiliscono i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità.

Il DM 263 del 24 luglio 1995 concernente “Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale” – indirizza Il SSN all'adozione di un insieme di indicatori, quale strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie.

Nel 1996, il Ministero della Sanità ha fissato gli indicatori come variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto “indicativo” di un fattore di qualità.

Successivamente lo stesso Ministero della Sanità, con il decreto del 12/12/2001 pubblicato nel suppl. ord. n°34 alla GURI del 09/02/2002, li ha ridefiniti come “informazioni selezionate allo scopo di riconoscere fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti e, conseguentemente, contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali”.

1.10 Considerazioni sul sistema DRG:

Esistono essenzialmente due sistemi di classificazione dei ricoveri, quelli definiti "isorisorse", ne sono un'espressione i DRG, che raggruppano al loro interno pazienti omogenei in base alle risorse necessarie al loro trattamento, e quelli definiti "isoseverità", che individuano "categorie omogenee per gravità di condizioni cliniche.

- Le misure utilizzate per rappresentare la consistenza dell'offerta e dell'attività degli ospedali sono il numero di posti letto e il numero di ricoveri effettuati.
- Su questi due parametri sono solitamente stabiliti i tetti di attività, quali ad esempio i 3 posti letto ordinari per 1000 abitanti o i 140 ricoveri ordinari acuti per 1000 abitanti; questi indici sono del tutto insoddisfacenti non solo perché non considerano le differenze di bisogno tra un'area e l'altra, ma anche perché considerano tutta l'attività ospedaliera come fosse indifferenziata [15].

Quando sono nati gli Ospedali, effettivamente, la risorsa principale era il posto letto e tutto ciò che era ad esso inerente, il costo dell'ospedale era dunque il costo di una giornata di degenza per il numero di giornate erogate ed anche il pagamento dell'ospedale era proprio "su giornata di degenza" come avviene per

le strutture alberghiere.

Il numero dei posti letto, però, evidenzia soltanto la potenzialità ricettiva degli ospedali e non certo né la loro attività, né la loro dotazione clinico-tecnologica: il posto letto non è necessariamente occupato o non lo è sempre per la giusta durata.

Entrambi questi indicatori, poi, non sono sensibili alla complessità dell'attività svolta: un reparto di x letti di lungodegenza per anziani svolge sicuramente un'attività ben minore di un reparto di terapia intensiva con gli stessi posti letto.

Dunque, se paragoniamo due strutture, soltanto tramite questi parametri, non abbiamo un'idea di quale sia la struttura che tratta casi più difficili né quale sia più efficiente.

L'abbandono del pagamento a giornate nasce proprio dalla consapevolezza che i costi non sono più omogenei e dipendenti dall'occupazione del posto letto bensì dalle attività differenziate cui sono sottoposti i pazienti ricoverati. Il sistema DRG che remunera secondo tariffe legate ad una classificazione dei ricoveri per classi cosiddette isorisorse (DRG) evidenzia questa grande variabilità.

Il sistema DRG valuta la "complessità dell'assistenza prestata", il sistema PMC (patient management categories) la "complessità dell'assistenza necessaria" e entrambi i sistemi valutano la risposta assistenziale della struttura sanitaria, entrambi i sistemi classificano i pazienti ospedalieri in modo che essi presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere ed attingono ai dati SDO.

Per quanto riguarda i sistemi di isogravità essi possono prendere in

considerazione la gravità della malattia oppure la gravità del paziente. Per quanto riguarda la prima possiamo portare come esempio il sistema DS (disease staging) mentre per la gravità del paziente il CSI (computerized severity index), entrambi gli indici misurano i bisogni assistenziali dei pazienti.

Per assegnare a ciascun paziente uno specifico DRG sono necessarie le seguenti informazioni presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO): diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età, il sesso e la modalità di dimissione.

Individuate le categorie omogenee di pazienti in base alle risorse assorbite, si affianca ad ogni categoria un sistema di remunerazione; per i DRG si è scelto il sistema tariffario, dove per ogni DRG è prevista una tariffa prospettica e predefinita sulla base della quale la struttura che eroga la prestazione sarà remunerata dal terzo pagante. Esso opera quindi una classificazione dei pazienti in base alla quantità di risorse normalmente assorbite, ma i pazienti non sono sovrapponibili fra loro, quindi la maggior parte dei ricoveri tende ad assorbire quantità di risorse in linea di massima omogenee, ma alcuni di essi ne assorbono una piccola quota e altri gruppi una ingente, e questo condiziona la modalità per la definizione dei sistemi di remunerazione dell'ospedale. E' prevista una tariffa media per la maggioranza dei pazienti che assorbono una quantità media di risorse e una tariffa che consideri modalità specifiche per pazienti che assorbono una quantità anomala di risorse.

L'idea alla base del sistema DRG fu quella di trasformare un sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri nato per la gestione interna dell'ospedale (Fetter et al, 1976) in uno strumento per la remunerazione degli ospedali in base alla complessità assistenziale dei pazienti ricoverati (Fetter et al 1980).

La casistica di ogni singola Struttura Complessa ospedaliera può variare in rapporto alla stessa missione aziendale nel caso si tratti di Azienda Sanitaria Locale, ovvero di Azienda Ospedaliera, ma, anche, in relazione al mandato attribuito dall'organo di governo regionale nella composizione della rete ospedaliera.

Il sistema DRG nasce dall'esigenza di definire una misura del prodotto ospedaliero, valutare l'efficienza operativa all'interno dell'ospedale, combinare le istanze e i punti di vista dei clinici e degli amministratori.

Il cardine di questo sistema è descrivere la complessità delle prestazioni assistenziali dell'ospedale in relazione all'ampia casistica dei pazienti trattati, correlando le attività svolte con i costi sostenuti per produrre, confrontare i diversi percorsi assistenziali affrontati, impostare un'adeguata programmazione delle attività assistenziali ed un opportuno controllo delle stesse al fine di finanziare le prestazioni ospedaliere.

2. Dati ed analisi dei dati:

2.1 Scopi e metodi della tesi

L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare le prestazioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana nel periodo 2008-2012 secondo gli indicatori classici della valutazione della performance presentati nel paragrafo 1.9.

Lo strumento operativo impiegato per l'analisi dei DRG all'interno dell'AOUP è rappresentato da un'indagine retrospettiva sull'attività di ricovero relativa agli anni 2008-2012.

I dati utilizzati per l'elaborazione sono stati attinti dall'archivio informatizzato delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), certificato dalla Regione Toscana, dell'Ufficio DRG della U.O. Programmazione, Organizzazione e Controllo Attività Sanitarie, relative ai ricoveri dell'AOUP nel periodo 2008-2012.

L'analisi è stata condotta sulle SDO con DRG relativi a tutti i ricoveri, relative a casi trattati in regime ordinario e diurno.

I dati presi in considerazione, il glossario e gli indicatori sono:

RICOVERI PER ACUTI

Sono tutti i casi dimessi da reparti diversi da quelli classificati come riabilitativi o di lungodegenza; sono esclusi, inoltre, i neonati sani.

TIPOLOGIE DI REGIME DI RICOVERO

Distingue tra il “RICOVERO ORDINARIO”, che prevede il pernottamento nella struttura ospedaliera, ed il “RICOVERO IN DAY HOSPITAL”, caratterizzato al contrario dalla presenza in ospedale solo per una parte della giornata.

DAY HOSPITAL (DH)

Regime di ricovero, per acuti o riabilitativo, che si caratterizza per la

presenza di tutte le seguenti condizioni:

- si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato/i;
- è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero;
- fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che necessitano di un tempo di esecuzione che si discosta in modo netto da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale.

Indicatori di attività grezzi

- 1- **Degenza media**
- 2- **Indice di occupazione**
- 3- **Indice di rotazione**
- 4- **Indice di turnover**

DEGENZA MEDIA: Misura quanti giorni mediamente ciascun utente che ha avuto accesso all'ospedale rimane al suo interno ed è una espressione dell'intensità di utilizzo della struttura

$$\textbf{FORMULA} \quad dm = \frac{dg}{nd}$$

dm: degenza media

gd: sommatoria delle giornate di degenza

nd: numero totale dei dimessi

INDICE DI OCCUPAZIONE: Rappresenta in percentuale il tasso di utilizzo dei posti letto in un tempo definito

$$\text{FORMULA } o = \frac{gd}{pl * 365}$$

o: occupazione media in%

gd: giornate di degenza consumate

pl: posti letto

365: giorni anno

INDICE DI ROTAZIONE: Descrive il numero medio di pazienti che utilizzano un singolo posto letto

$$\text{FORMULA } ir = \frac{nd}{pl}$$

ir: indice di rotazione

nd: numero totale dei dimessi

pl: posti letto

INDICE DI TURNOVER: Rappresenta il periodo di tempo in cui il posto letto rimane libero tra un ricovero ed il successivo

$$\text{FORMULA } it = \frac{(pl * 365) - gd}{nd}$$

it: indice di turnover in gg

nd: numero totale dei dimessi

gd = giornate di degenza consumate

pl = posti letto

365: giorni anno

Indicatori di attività DRG specifici

5- Degenza media trimmata

6- % casi outliers (ricoveri brevi, ricoveri oltre soglia)

7- *Peso medio*

DEGENZA MEDIA TRIMMATA: Si applica la stessa formula della degenza media, escludendo i casi outliers ovvero con durata della degenza di un giorno o superiore al valore soglia o Trim Point. Per trim point si intende il valore di durata della degenza, specifico per ciascun DRG, al di sopra o al di sotto del quale un ricovero in regime ordinario viene considerato “anomalo per durata della degenza”; in tali casi, quest’ultima risulta significativamente diversa da quella tipica del DRG in considerazione. Convenzionalmente si parla rispettivamente di “trim point alto” e “trim point basso”

$$\text{FORMULA } dmt = \frac{gdc}{ndc}$$

dmt: degenza media trimmata

gdc: sommatoria delle giornate di degenza dei dimessi con durata degenza >1 e < Trim Point

ndc: numero totale dei dimessi con durata degenza >1 e < Trim Point

% CASI OLTRE SOGLIA: Indica la percentuale dei casi con durata della degenza sopra il trim point

$$\text{FORMULA } \%cpt = \frac{cpt}{nd} * 100$$

cpt: n° casi con durata degenza > soglia

nd: numero totale dei dimessi

PESO MEDIO: Descrive l’assorbimento medio di risorse (DRG specifico) per caso trattato

$$\text{FORMULA } pm = \sum \frac{pDRG}{nd}$$

pm: peso medio

pDRG: peso DRG specifico di ogni dimissione

nd: numero totale dei dimessi

Indice Operatorio:

Il rapporto percentuale tra i DRG chirurgici ed il totale dei DRG calcolato sul totale dei ricoveri.

Indice Operatorio Ordinario

Indice Operatorio Day Hospital\Surgery

Il rapporto percentuale tra i DRG chirurgici e il totale dei DRG in regime di ricovero ordinario o Day Surgery.

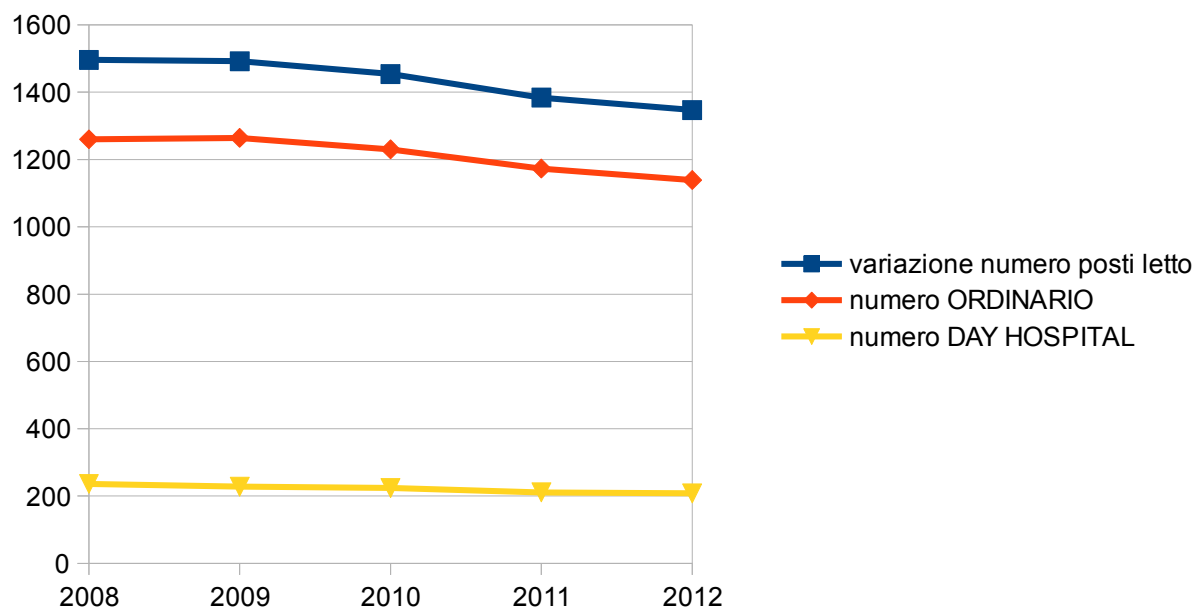
**UN GIORNO QUALSIASI NELL’AZIENDA OSPEDALIERO-
UNIVERSITARIA PISANA**

<u>23</u>	i pazienti che vengono ricoverati in ospedale con accesso dal DEU
<u>43</u>	i pazienti presenti nelle rianimazioni
<u>81</u>	le dialisi effettuate
<u>99</u>	i trattamenti chemioterapici
<u>110</u>	gli interventi chirurgici effettuati
<u>198</u>	le TAC e RMN effettuate per pazienti ricoverati e per esterni
<u>216</u>	i pazienti che arrivano al pronto soccorso
<u>235</u>	i pazienti totali che vengono ricoverati in elezione
<u>384</u>	i pazienti che risultano ricoverati in regime diurno
<u>554</u>	gli esami di radiologia tradizionale effettuati per pazienti ricoverati e per esterni
<u>700</u>	gli accessi per prelievo ematico presso i centri prelievi
<u>916</u>	i pazienti che risultano ricoverati in regime ordinario

2490 le visite specialistiche effettuate a non ricoverati

2.2 Risultati

Posti Letto



Posti letto per regime di ricovero ordinario dati riferiti al periodo 2008-2012:

2008 (1.260); 2009 (1.264); 2010 (1.230); 2011 (1.173); 2012 (1.139).

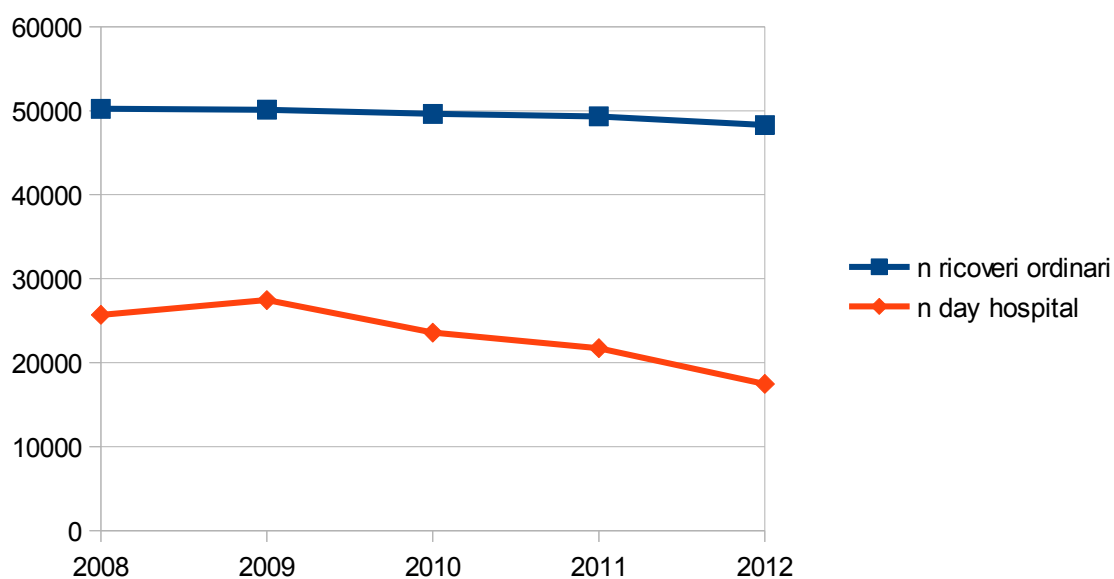
Posti letto per regime di Day Hospital\Day Surgery dati riferiti al periodo 2008- 2012:

2008 (236); 2009 (228); 2010 (224); 2011 (211); 2012 (208).

Posti letto totali dati riferiti al periodo 2008-2012:

2008 (1496); 2009 (1492); 2010 (1454); 2011 (1384); 2012 (1347)

Numero dei ricoveri

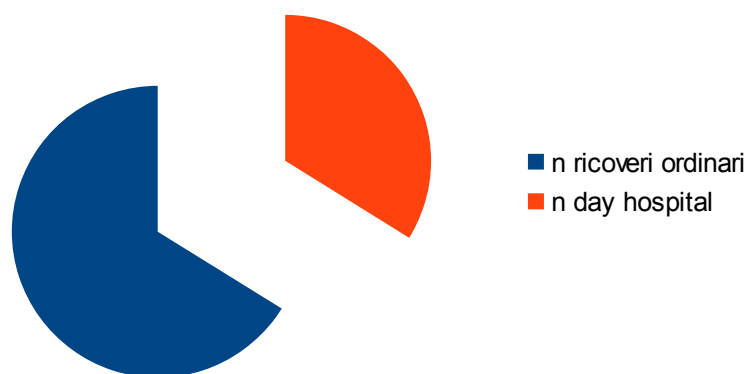


Dati riferiti al periodo 2008-2012:

ricoveri totali: 2008 (75933) 2009 (77595) 2010 (72944) 2011 (71084)
2012 (65766)

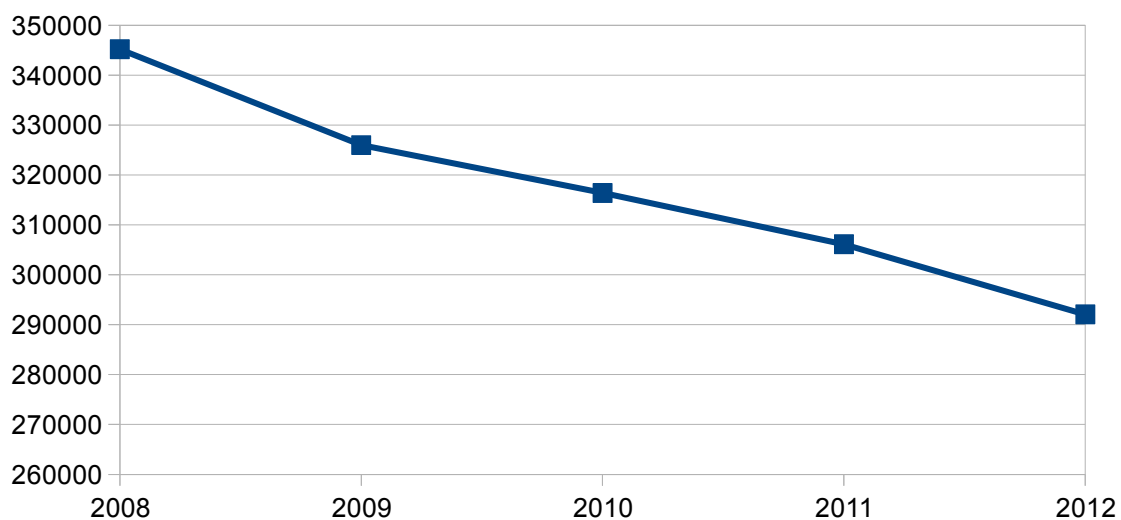
n° ricoveri ordinari: 2008 (50232); 2009 (50137); 2010 (49634); 2011
(49329); 2012 (48306)

n° day hospital\day surgery: 2008 (25701); 2009 (27458); 2010 (23580);
2011 (21719); 2012 (17460)



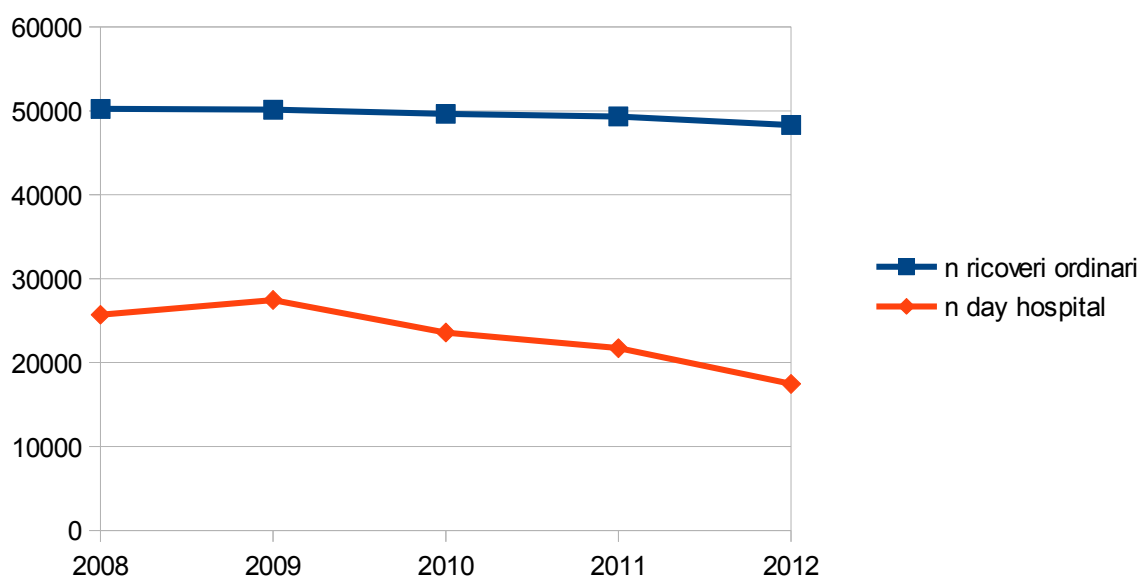
Variazione numero giornate di degenza dei ricoveri ordinari

Variazione numero giornate degenza ricoveri ordinari



Dati riferiti al periodo 2008-2012:

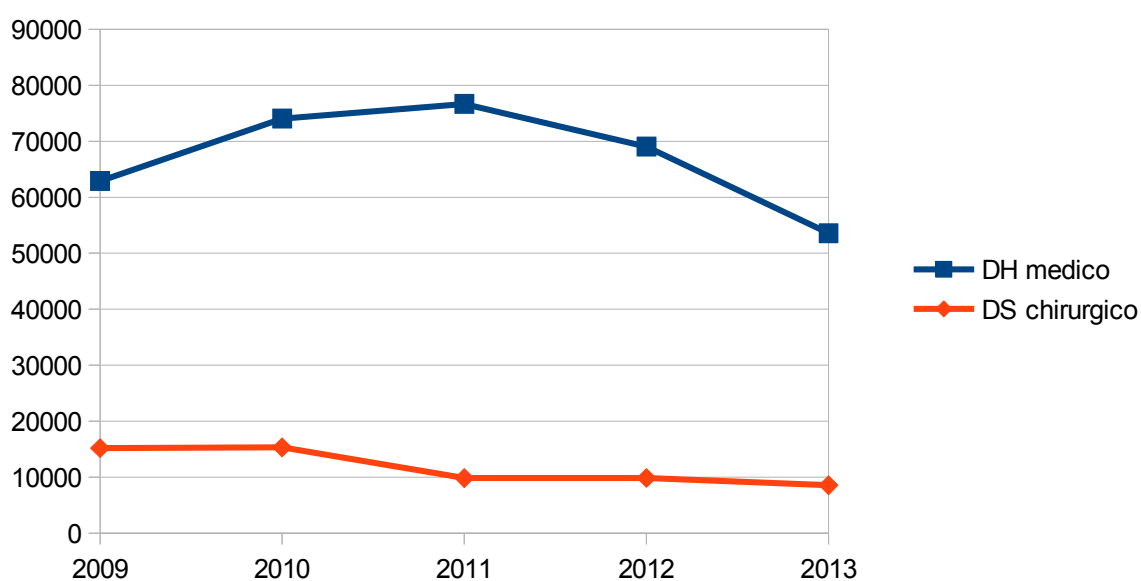
2008 (345179); 2009 (325987); 2010 (316394); 2011 (306126); 2012 (292070)

Trend dei ricoveri per tipologia e regime

Dati riferiti al periodo 2008-2012

ricoveri medici ordinari: 2008 (23.617); 2009 (23.158); 2010 (23.070); 2011 (22.357); 2012 (21.314)

ricoveri chirurgici ordinari: 2008 (26615); 2009 (26979); 2010 (26564); 2011 (26997); 2012 (26992).



Dati riferiti al periodo 2008-2012

ricoveri day hospital medici: 2008 (62890); 2009 (74063); 2010 (76680); 2011 (69046); 2012 (53575).

ricoveri day hospital chirurgici: 2008 (15173) 2009 (15311) 2010 (9821) 2011 (9844) 2012 (8522)

Numero dei ricoveri complessivo

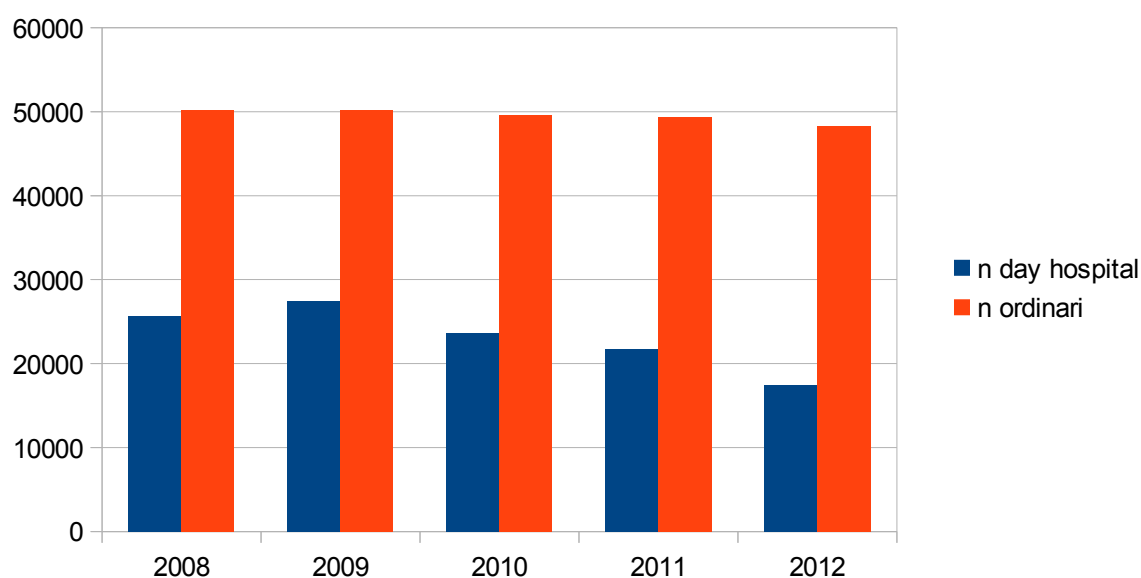
L'Azienda Universitaria Ospedaliera Pisana registra un numero di ricoveri complessivo pari a 65.766. Nel quinquennio 2008-2012 il calo percentuale complessivo è di 13,38% dei ricoveri (65.766 del 2012 vs 75.933 del 2008).

Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (75933) 2009 (77595) 2010 (72944) 2011 (71084) 2012 (65766)

Numero dei ricoveri suddivisi per tipologia e regime

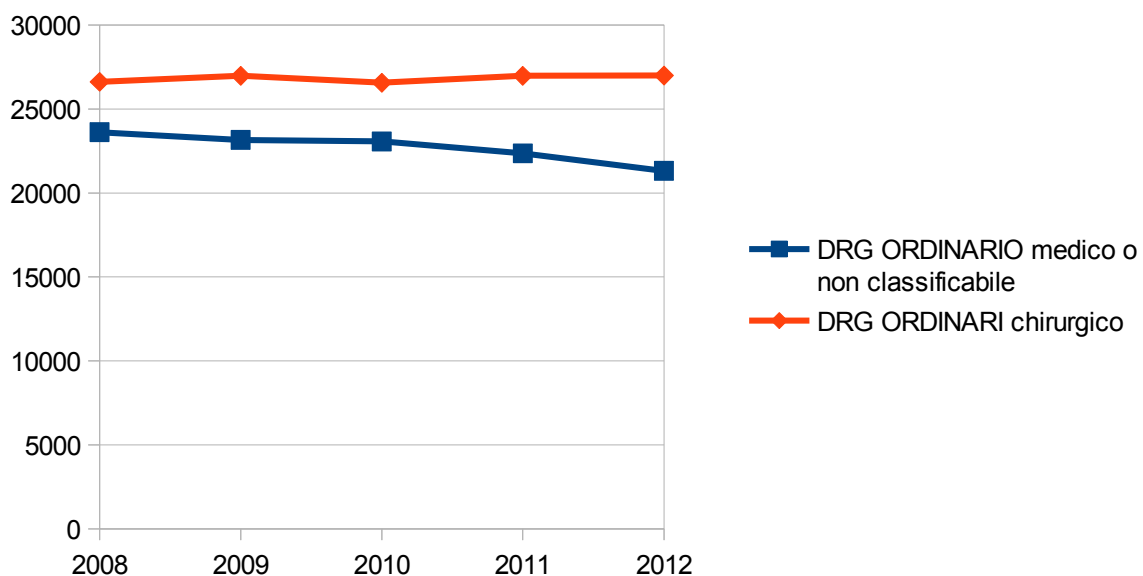
Confronto fra regime ordinario e Day Hospital



Dati riferiti al periodo 2008-2012:

2008 (ordinari: 50232 dh: 25701) 2009 (ordinari:50137 dh:27458) 2010 (ordinari:49634 dh:23580) 2011 (ordinari:49329 dh: 21719) 2012 (ordinari: 48306 dh: 17.460)

Confronto fra ricoveri ordinari medici e chirurgici



Ricoveri ordinari chirurgici

Dati riferiti al periodo 2008-2012:

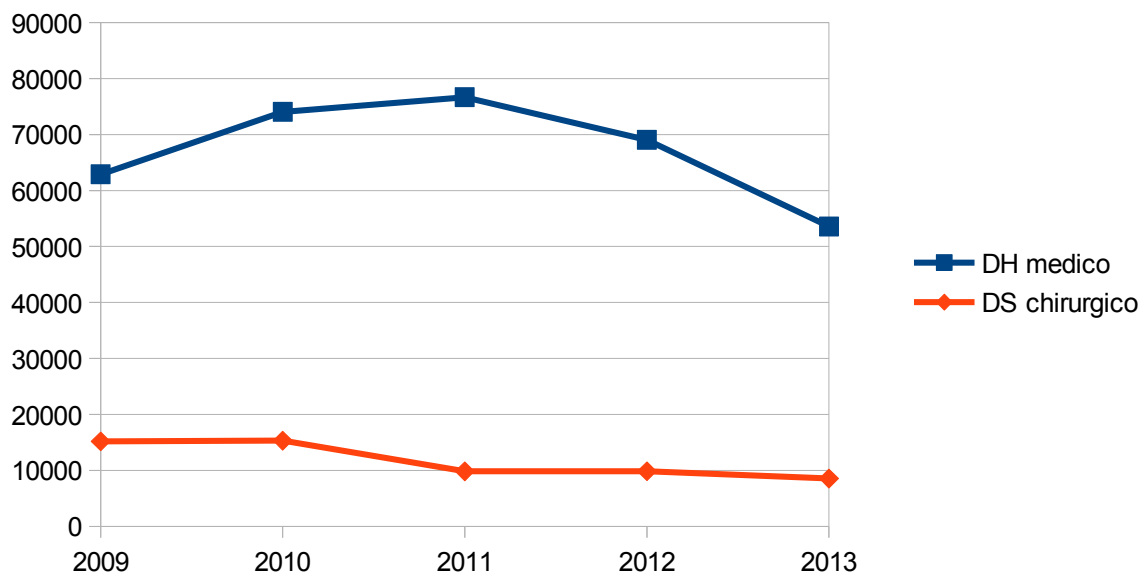
2008 (26.615) 2009 (26.979) 2010 (26.564) 2011 (26.977) 2012 (26.992)

Ricoveri ordinari medici

Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (23.617) 2009 (23.158) 2010 (23.070) 2011 (22.357) 2012 (21.314)

Confronto fra Day Hospital medici e chirurgici



Day Hospital chirurgici

Si passa da 15.173 nel 2008 a 8.522 nel 2012 con una flessione di circa il 50%.

Dati riferiti al periodo 2008-2012:

2008 (15.173) 2009 (15.311) 2010 (9.821) 2011 (9.844) 2012 (8.522)

Day Hospital medici

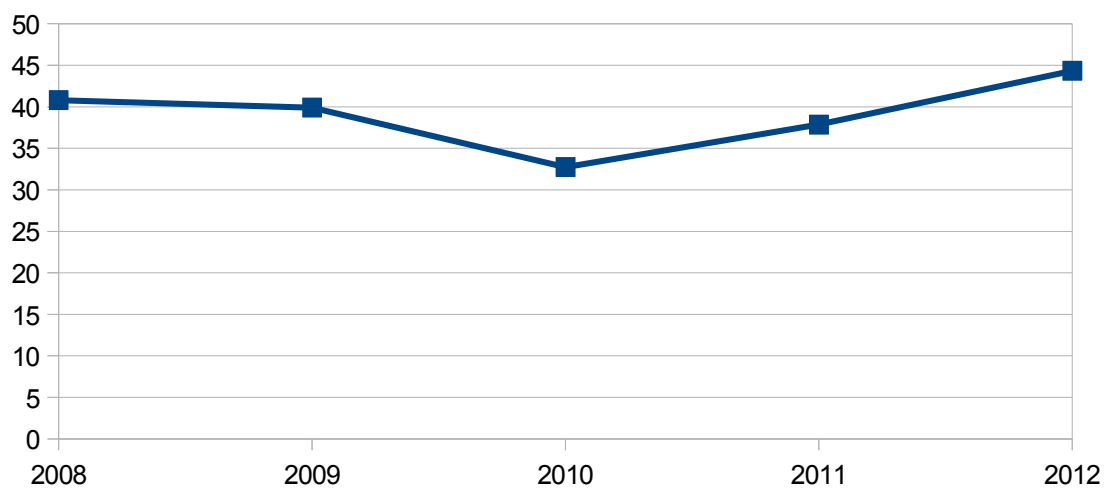
Per quanto riguarda i ricoveri dh medici o non classificabili si passa da 62.890 a 53.575 con un calo di 9.315 cioè circa del 30% rispetto al 2010 che è stato l'anno con il valore più alto.

Dati riferiti al periodo 2008-2012:

2008 (62890) 2009 (74063) 2010 (76680) 2011 (69046) 2012 (53575)

Indice Operatorio Day Hospital\Day Surgery

Indice operatorio DS

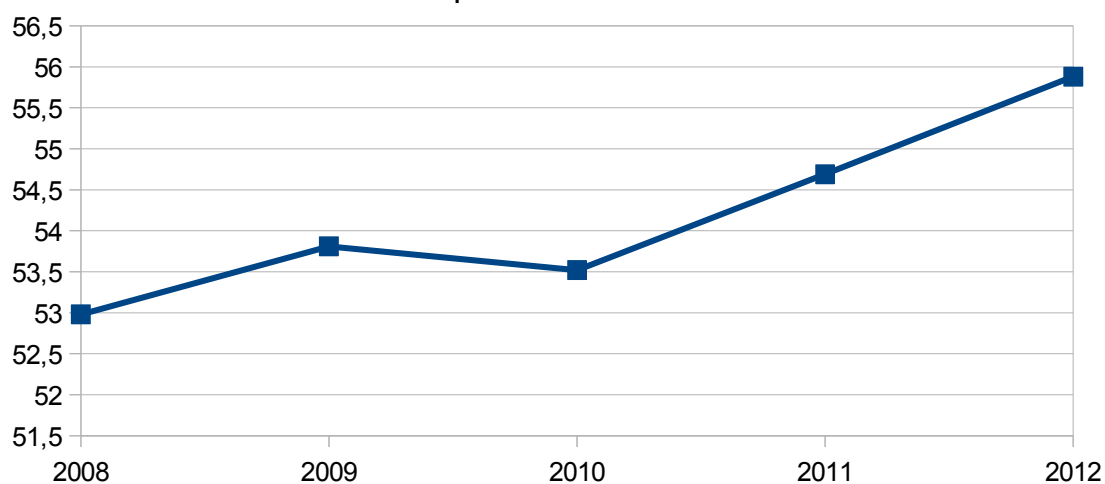


Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (40,8) 2009 (39,9) 2010 (32,73) 2011 (37,85) 2012 (44,33)

Indice Operatorio ordinario

Indice operatorio ordinario



Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (52,98) 2009 (53,81) 2010 (53,52) 2011 (54,59) 2012 (55,88)

Distribuzione della complessità

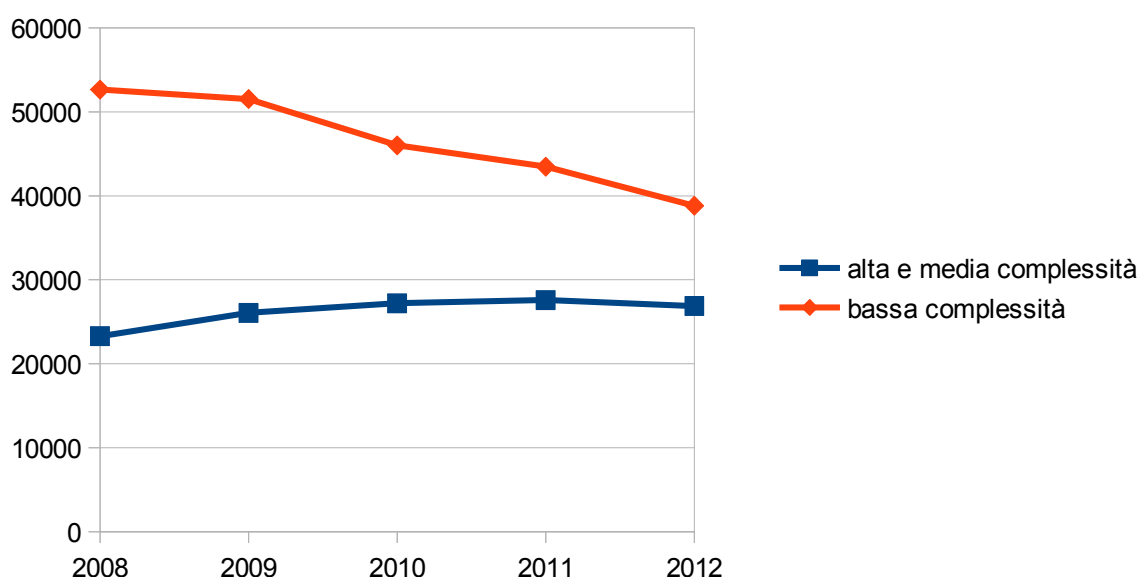
Livelli di complessità

BASE: ricoveri a bassa complessità, peso DRG < 1,2

MEDIA: ricoveri a media complessità, peso DRG < 1.2 e > a 2.5

ALTA: ricoveri ad alta complessità, peso DRG > 2.5

Trend della complessità, media-alta vs bassa



Dati riferiti al periodo 2008-2012, alta e media specialità:

2008 (23.283) 2009 (26.060) 2010 (27.197) 2011 (27.585) 2012 (26.875)

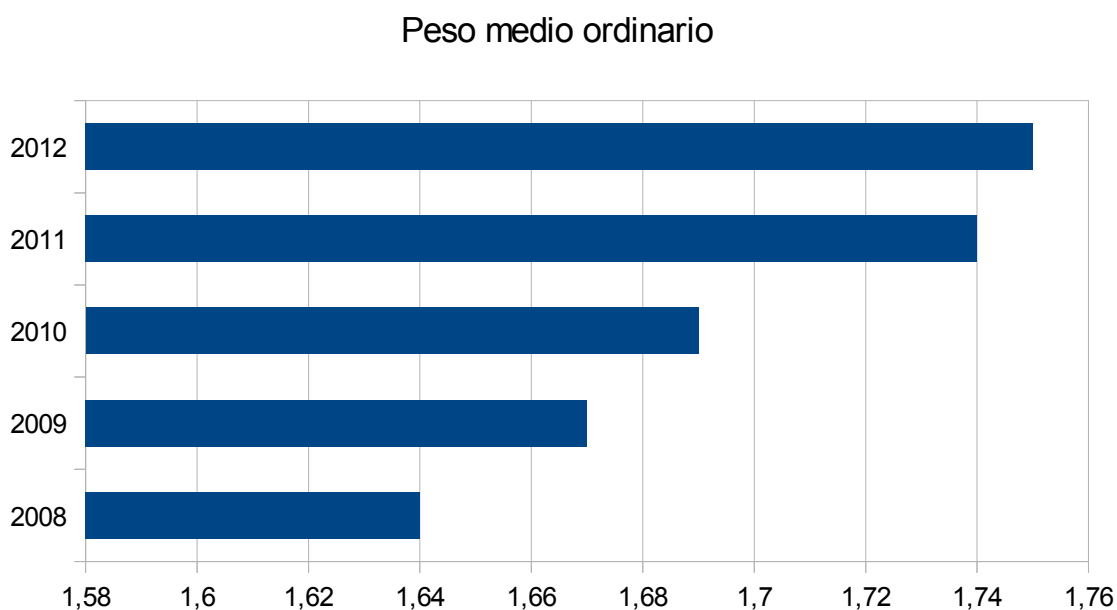
Dati riferiti al periodo 2008-2012 specialità di base:

2008 (52.650) 2009 (51.535) 2010 (46.017) 2011 (43.463) 2012 (38.819)

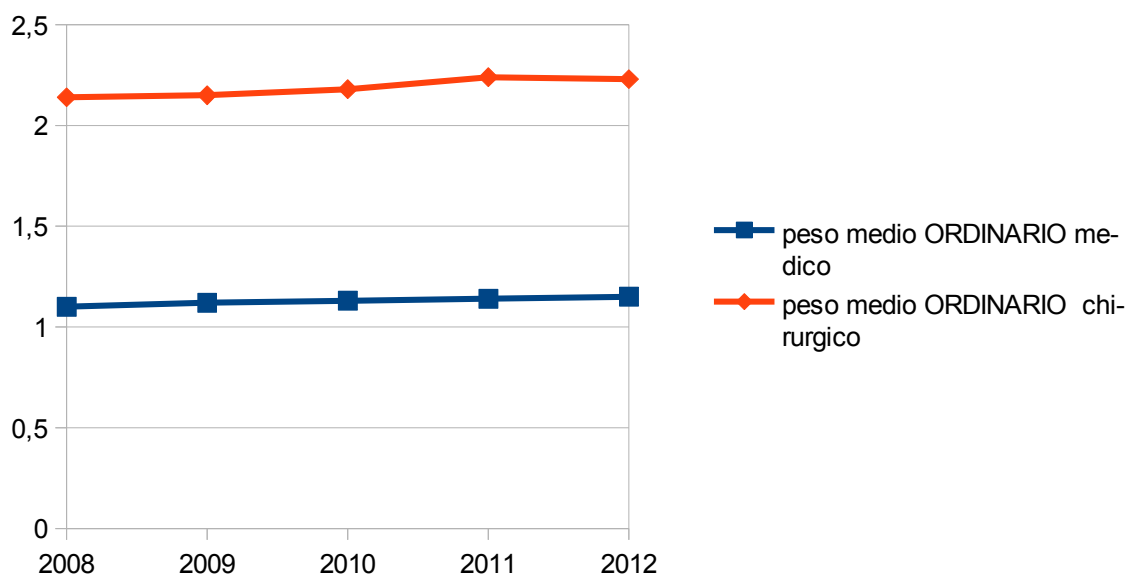
Peso medio:**Peso medio ordinario:**

Si registra un incremento del peso medio confermando il trend di crescita che passa, per i ricoveri “ordinari” da 1,64 nell'anno 2008 a 1,75 nell'anno 2012 (+ 6,71%) e per i ricoveri “di day hospital” da 0,84 nell'anno 2008 a 0,95 nell'anno 2012 (+ 13,10%).

2008 (1,64) 2009 (1,67) 2010 (1,69) 2011 (1,74) 2012 (1,75)



Trend del peso medio ordinario medico e raffronto con quello chirurgico:



Peso medio ordinario medico:

2008 (1, 1) 2009 (1,12) 2010 (1,13) 2011 (1,14) 2012 (1,15)

Peso medio ordinario chirurgico:

2008 (2,14) 2009 (2,15) 2010 (2,18) 2011 (2,24) 2012 (2,23)

Trend dei ricoveri a rischio di inappropriatelyzza per regime di ricovero DRG chirurgici a rischio di inappropriatelyzza:

Dati riferiti al periodo 2008-2012

Totali:

2008 (13.477) 2009 (12.047) 2010 (9.885) 2011 (1.2089) 2012 (11.328)

Ordinari:

2008 (11.486) 2009 (12.047) 2010 (4.708) 2011 (12.089) 2012 (11.328)

Day Hospital:

Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (1.991) 2009 (11.794) 2010 (5.117) 2011 (6.271) 2012 (5. 670)

DRG medici a rischio di inappropriatezza:

Totali:

Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (13.396) 2009 (12.241) 2010 (10.335) 2011 (16.625) 2012 (13.929)

Ordinari:

Dati riferiti al periodo 2008-2012

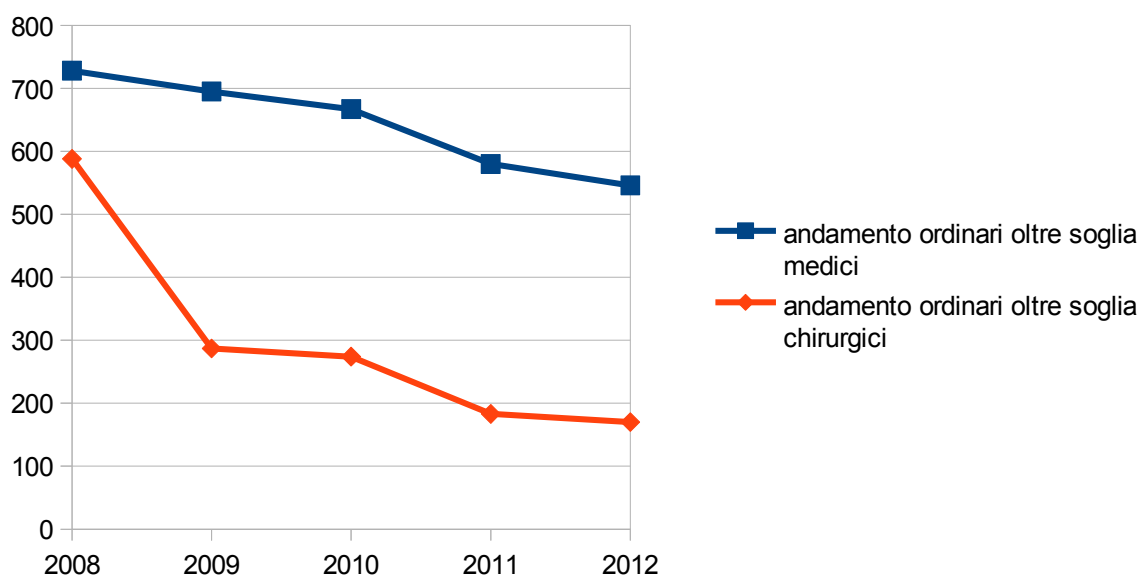
2008 (5.438) 2009 (4.342) 2010 (3.908) 2011 (7.460) 2012 (6.952)

Day Hospital:

Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (7.958) 2009 (7.899) 2010 (6.447) 2011 (9.192) 2012 (6.972)

Trend dei ricoveri oltre soglia:



Ricoveri oltre soglia chirurgici

Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (588) 2009 (287) 2010 (274) 2011 (183) 2012 (170)

Andamento ordinari oltre soglia medici

Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (728) 2009 (695) 2010 (667) 2011 (580) 2012 (546)

Totali:

Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (1316) 2009 (982) 2010 (941) 2011 (763) 2012 (716)

Provenienza

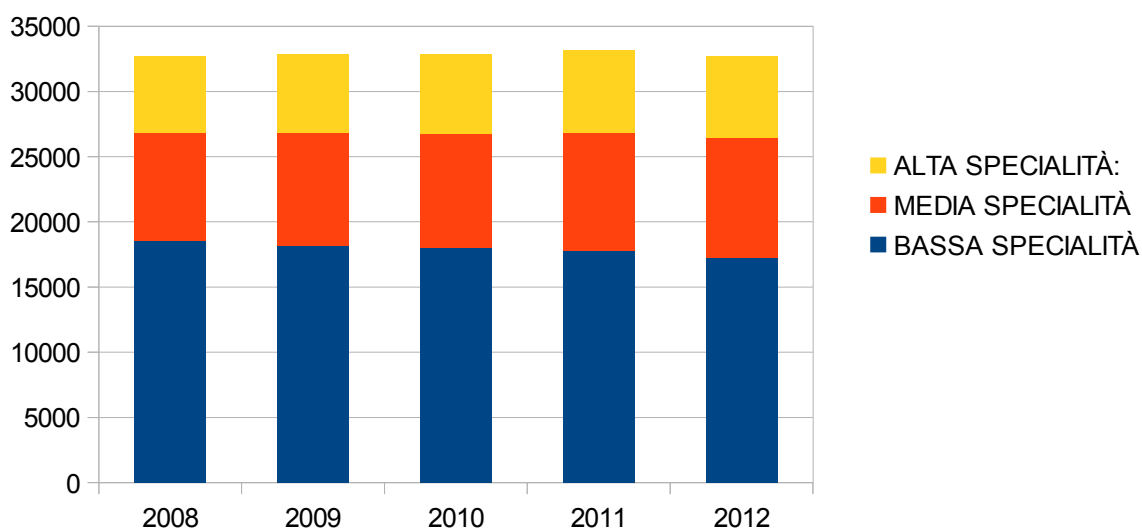
Sono state prese in considerazione tre macro aree di provenienza, (Area Vasta Nord-ovest, Regione Toscana- Extra Area Vasta Nord-ovest, Fuori regione) suddivise per tipologia di ricovero (Ordinario e Day Hospital) e per peso di DRG quindi per complessità.

Dati riferiti al periodo 2008-2012

pazienti provenienti dall'Area Vasta Nord Ovest

Distribuzione per specialità

Area Vasta N.O.



Ricoveri a bassa complessità, peso DRG < 1,2

2008 (18.601) 2009 (18.146) 2010 (18.013) 2011 (17.759) 2012 (17.254)

Ricoveri a media complessità, peso $1,2 > \text{DRG} < 2,5$.

2008 (8.219) 2009 (8.697) 2010 (8.730) 2011 (9.101) 2012 (9.167)

Ricoveri ad alta complessità, peso DRG > 2,5

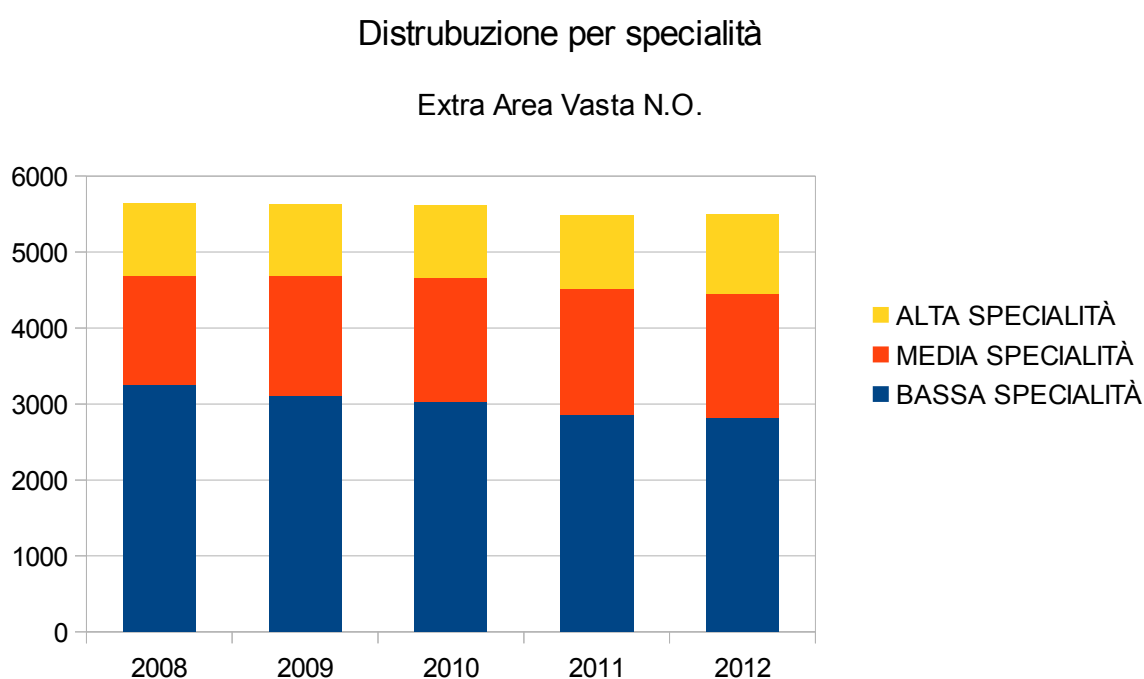
2008 (5.868) 2009 (6.038) 2010 (6.070) 2011 (6.295) 2012 (6.269)

Day Hospital:

2008 (15.459) 2009 (16.858) 2010 (14.434) 2011 (13.065) 2012 (10.221)

Dati riferiti al periodo 2008-2012

pazienti provenienti dall'extra Area Vasta Nord Ovest



Ricoveri a bassa complessità, peso DRG < 1,5

2008 (3.255) 2009 (3.106) 2010 (3.030) 2011 (2.858) 2012 (2.817)

Ricoveri a media complessità, peso 1,5 > DRG < 2,5

2008 (1.435) 2009 (1.589) 2010 (1.635) 2011 (1.656) 2012 (1.630)

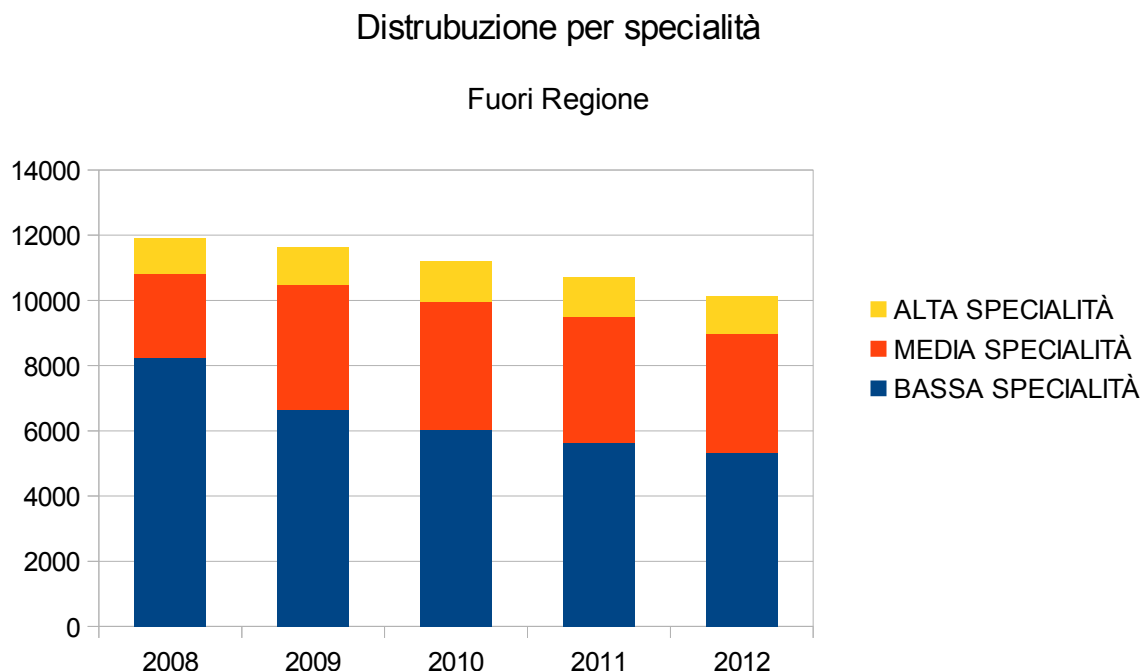
Ricoveri ad alta complessità, peso DRG > 2,5

2008 (959) 2009 (936) 2010 (955) 2011 (962) 2012 (1.051)

Day Hospital:

2008 (2.922) 2009 (3.216) 2010 (2.658) 2011 (2.373) 2012 (1.738)

**Dati riferiti al periodo 2008-2012:
pazienti provenienti dall'area fuori regione**



Ricoveri a bassa complessità, peso DRG < 1,5

2008 (8.241) 2009 (6.647) 2010 (6.029) 2011 (5.658) 2012 (5.308)

Ricoveri a media complessità, peso $1,5 > \text{DRG} < 2,5$

2008 (2.572) 2009 (3.839) 2010 (3.945) 2011 (3.832) 2012 (3.649)

Ricoveri ad alta complessità, peso DRG > 2,5

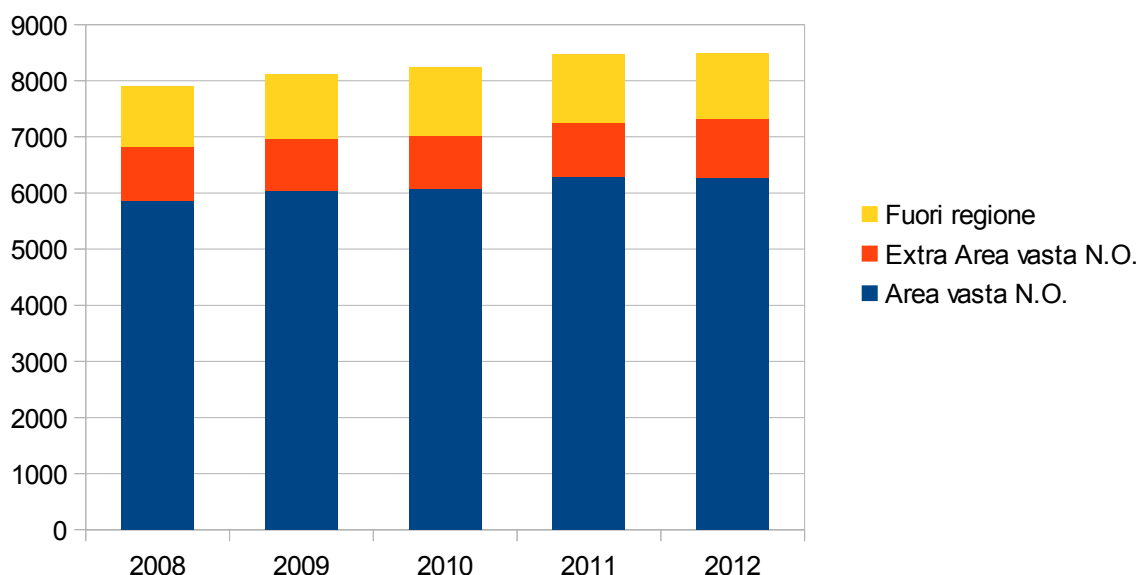
2008 (1.082) 2009 (1.139) 2010 (1.227) 2011 (1.208) 2012 (1.161)

Day Hospital:

2008 (7.320) 2009 (7.384) 2010 (6.488) 2011 (6.281) 2012 (5.501)

Distribuzione dell'alta complessità per categorie di provenienza:

Provenienza dei Pazienti con Ricoveri ad Alta Complessità



Dati riferiti al periodo 2008-2012 **Area Vasta Nord Ovest**, ricoveri ad alta complessità, peso DRG > 2,5:

2008 (5.868) 2009 (6.038) 2010 (6.070) 2011 (6.232) 2012 (6.269)

Dati riferiti al periodo 2008-2012 **Extra Area Vasta Nord Ovest**, ricoveri ad alta complessità, peso DRG > 2,5:

2008 (959) 2009 (936) 2010 (955) 2011 (962) 2012 (1.051)

Dati riferiti al periodo 2008-2012 **Fuori Regione**, ricoveri ad alta complessità, peso DRG > 2,5:

2008 (1.082) 2009 (1.139) 2010 (1.227) 2011 (1.208) 2012 (1.161)

DEGENZA MEDIA ORDINARIA

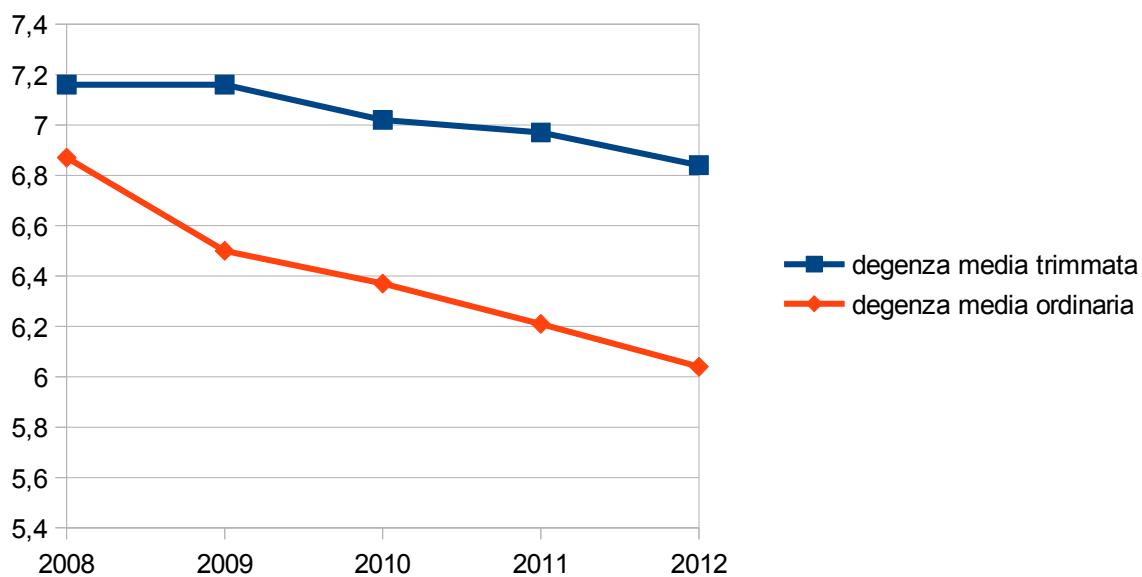
Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (7,16) 2009 (7,16) 2010 (7,02) 2011 (6,97) 2012 (6,84)

DEGENZA MEDIA TRIMMATA

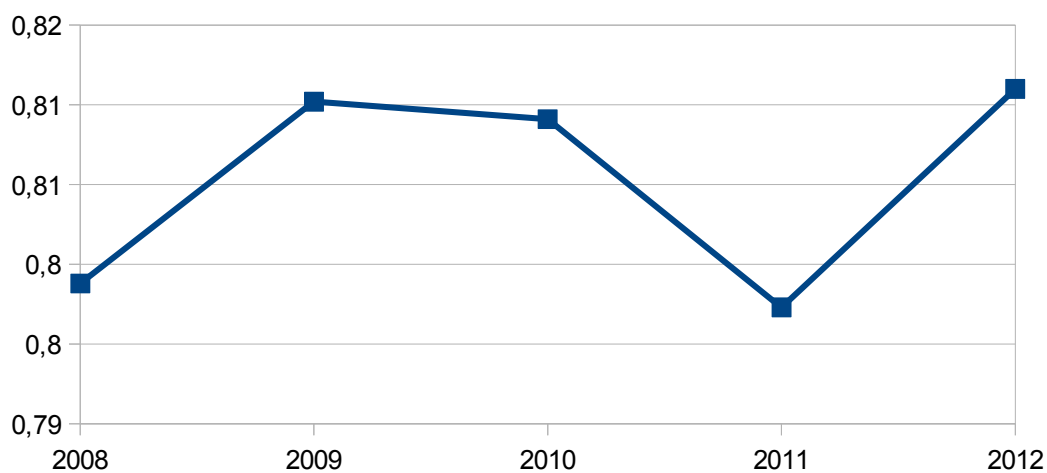
Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (6,87) 2009 (6,5) 2010 (6,37) 2011 (6,21) 2012 (6,04)



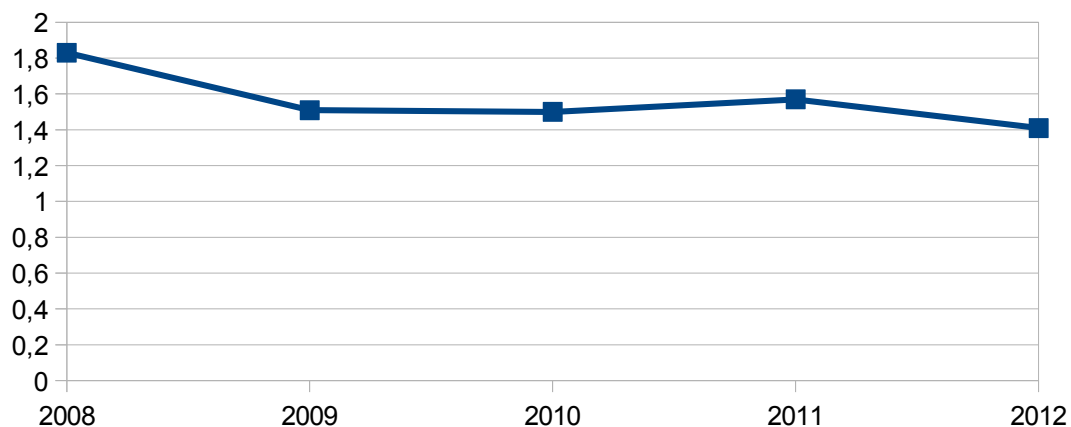
TASSO DI OCCUPAZIONE:

andamento tasso occupazione posto letto ORDINARI



Dati riferiti al periodo 2008-2012

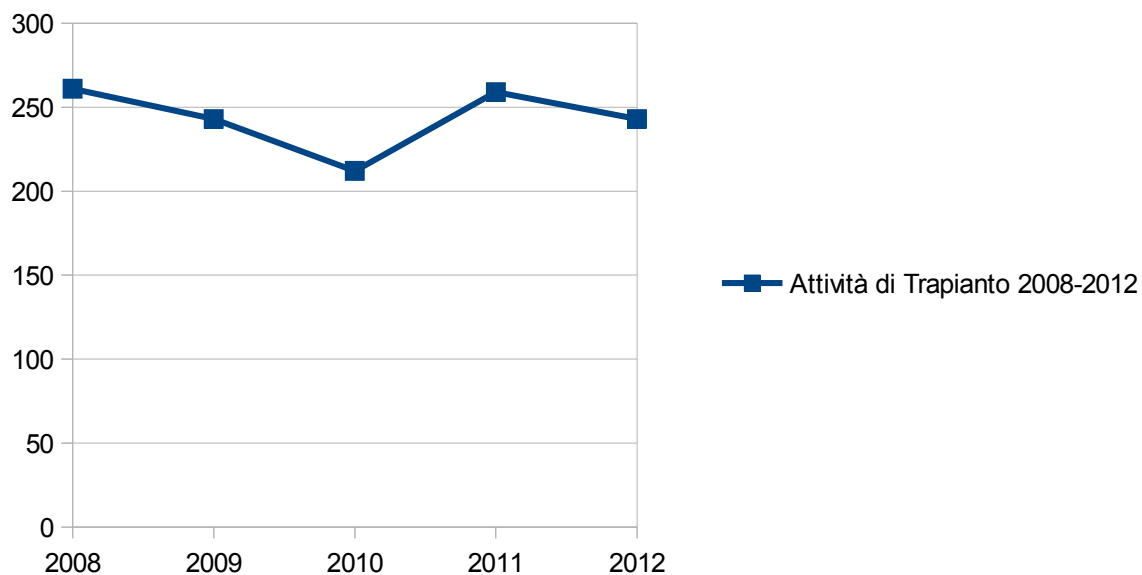
2008 (79,88%) 2009 (81,02%) 2010 (80,91%) 2011 (79,73%) 2012 (81,10%)

INDICE DI ROTAZIONE DEL POSTO LETTO:Indice di rotazione del posto letto
ricoveri ordinari

Dati riferiti al periodo 2008-2012

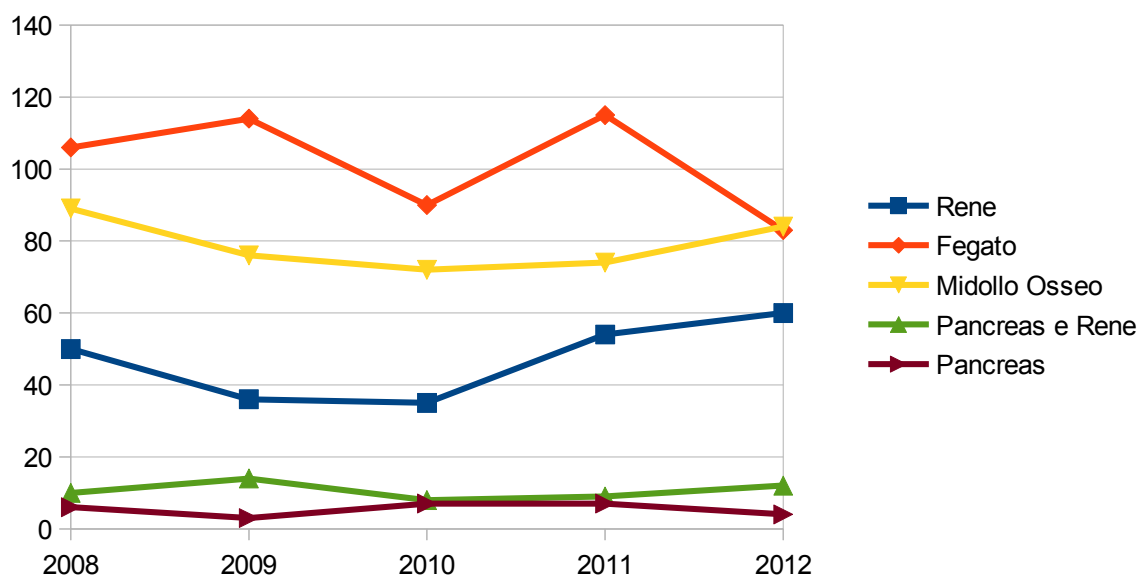
2008 (40,19) 2009 (45,85) 2010 (46,51) 2011 (47,18) 2012 (49,16)

Attività di trapianto:



Dati riferiti al periodo 2008-2012

2008 (261) 2009 (243) 2010 (212) 2011 (259) 2012 (243)



Trapianto di Fegato: 2008 (106) 2009 (114) 2010 (90) 2011 (115) 2012 (83)

Trapianto di Rene: 2008 (50) 2009 (36) 2010 (35) 2011 (54) 2012 (60)

Trapianto di Midollo Osseo: 2008 (89) 2009 (76) 2010 (72) 2011 (74) 2012 (84)

Trapianto di Pancreas e Rene: 2008 (10) 2009 (14) 2010 (8) 2011 (9) 2012 (12)

Trapianto di Pancreas isolato: 2008 (6) 2009 (3) 2010 (7) 2011 (7) 2012 (4)

2.3 Analisi sintetica dei risultati

- **Posti Letto:**

Nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana si registra una riduzione dei posti letto dal 2008 al 2012 di 149 unità(-9,96%)di cui 28 di DH (-11%)e 121 in ricovero ordinario (-10%). Seppur in maniera non troppo significativa è maggiore la riduzione dei posti letto per i ricoveri in regime di Day Hospital.

- **Numero complessivo dei ricoveri:**

Il numero dei ricoveri complessivo è in netta riduzione in tutto il quinquennio, da 75933 nel 2008 passiamo a 65766 nel 2012 con un calo di 10.234 (24% in meno).

- **Variazione delle giornate di degenza:**

La riduzione delle giornate di degenza può riflettere una miglior appropriatezza organizzativa nell'arco dei cinque anni. Sono state probabilmente ridotte le giornate improduttive dal punto di vista clinico e diagnostico, sia per ragioni economiche che infettive. Questo dato potrebbe indicare sia uno sforzo organizzativo globale per ridurre i “tempi morti” ma anche un miglioramento nei processi clinico diagnostici che ruotano attorno al ricovero come la preospedalizzazione.

- **Trend dei ricoveri per tipologia e regime:**

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari essi passano da 50232 a 48306 con una riduzione del 4% nel quinquennio, mentre per quanto riguarda la categoria Day Hospital e Day Surgery essi passano da 25701 a 17460, in questo caso la riduzione è molto più elevata ed è pari al 32% circa. La flessione maggiore dei ricoveri in regime Day Hospital e Day Surgery è dovuta alla progressiva sostituzione del day hospital diagnostico che, secondo le indicazioni del legislatore, deve essere sostituito dalle prestazioni erogate in regime ambulatoriale (es: cataratta, liberazione tunnel carpale, circoncisione). In linea con la normativa nazionale e

regionale vigente che invita ad erogare le prestazioni diagnostiche in setting assistenziali alternativi a quelli del DH (ambulatoriale, PAC o Day Service).

Con riferimento allo stesso periodo 2008-2012 si osserva che per quanto riguarda i ricoveri ordinari chirurgici con qualche flessione poco significativa (+/- 1,2%) un trend sostanzialmente invariato, con il valore più alto nel 2012.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari medici o non classificabili si è invece avuto un calo del 10% circa passando da 23.617 a 21.313. Per quanto riguarda i Day Hospital chirurgici o Day Surgery si passa da 15.173 nel 2008 a 8.522 nel 2012 con una flessione di circa il 50%.

Il ricovero in regime di Day Hospital con DRG chirurgico ha dunque risentito molto di più gli effetti degli accorgimenti messi in atto affinché molte prestazioni fossero spostate dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

L'incremento dei Day Hospital, infatti, può costituire un evento positivo in regioni in cui il processo di trasferimento del setting assistenziale verso regimi di analoga efficacia ma di maggior efficienza è ancora in fase iniziale, mentre in altre la riduzione dei Day Hospital può rappresentare la conseguenza del processo di deospedalizzazione. Mentre comunque la Regione Toscana (come il Piemonte, la Campania la Puglia e la Basilicata) non registra una flessione significativa dei ricoveri in regime di day hospital nello stesso periodo, la AUOP si attesta verso una posizione più avanzata nell'applicazione delle indicazioni legislative.

Per quanto riguarda i DRG chirurgici si passa da 41.788 del 2008 a 35.514 del 2012 con un calo del 15,01%.

Indice chirurgico

L'indice chirurgico conferma quanto sopra scritto per la prevalenza dell'attività chirurgica all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana soprattutto nell'area dei ricoveri in regime ordinario passando da 52,98 a 55,88 nell'arco del

quinquennio mentre per quanto riguarda il regime di Day Hospital\Surgery nel 2008 era al 40,8 mentre nel 2012 44,33. Ciò significa che per il regime di Day Hospital è prevalente l'attività medica.

Distribuzione della complessità

Trend dell'alta-media e bassa complessità

L'Azienda che secondo la delibera della Regione Toscana è una “Azienda di alta specialità” e l'ospedale è inquadrato come una struttura di ricovero di III livello esegue nel 2012 il 47,46% dei ricoveri ad alta e media complessità rispetto al 40,08% del 2008.

Questo dato appare ancora più significativo se consideriamo la flessione dei ricoveri ordinari per acuti.

I ricoveri calano contestualmente per la specialità di base che passa da 52.650 a 38.891 con una flessione di circa il 26,13%.

Peso medio ordinario, medico e chirurgico

La AUOP nell'ultimo quinquennio ha visto un aumento in termini assoluti e percentuali dei casi trattati e classificati come “alta specialità” passando da 8.800 casi, pari al 12,38% di tutti i ricoveri per Acuti realizzati nell'anno 2011 a 8.868 pari a 13,49% dell'anno 2012.

Il peso medio ordinario passa da 1,64 a 1,75 nei cinque anni. Andando a raffrontare quello medico e chirurgico possiamo vedere che:

quello chirurgico è maggiore di quello medico e ciò si conferma nell'arco di tutti e cinque gli anni. Il peso medio medico passa da 1,1 a 1,15 e quello chirurgico da 2,14 a 2,23 con un incremento del 4% per entrambe le tipologie di ricovero ma permane la tendenza dell'Azienda a trattare casi chirurgici di maggior complessità rispetto all'area medica.

Ricoveri a potenziale rischio di non appropriatezza

Per quanto riguarda i ricoveri a rischio di non appropriatezza chirurgici si

passa da un totale di 13.477 ad 11.328 con una riduzione del 15,95%.

Mentre per quelli medici abbiamo un aumento del 3% (13.929) rispetto all'anno 2008 (13.396) ma una riduzione di 2.723 ricoveri rispetto al 2011 (-16%), tuttavia questo dato potrebbe non avere significatività poiché l'individuazione del trend dei ricoveri a rischio di non appropriatezza esula dallo scopo di questa tesi. L'elenco dei ricoveri a potenziale rischio di inappropriatezza varia infatti di anno in anno e il confronto diretto dei valori non è consigliato dalla letteratura specialistica. Il dato riportato ha solo valore informativo e non analitico anche se potrebbe essere in linea con il trend dei restanti indicatori.

PROVENIENZA

In particolare si registra un incremento da 5868 del 2008 a 6269 del 2012 pari a 6,83% per i ricoveri ad alta complessità per i pazienti provenienti dall'Area Vasta Nord-ovest, +9% per i pazienti provenienti dall'extra Area Vasta Nord-ovest dove si passa da 959 a 1051 ricoveri ordinari ad alta complessità mentre per l'attrazione dei pazienti fuori regione e stranieri si registra un + 7,3%.

Questi dati risultano ancor più dimostrativi dell'alta specialità dell'Azienda Universitaria Ospedaliera Pisana se si considera che i pazienti dell'Area Vasta Nord-ovest sono complessivamente rimasti stabili (32.688 nel 2008 a 32.690 del 2012) +0,1, mentre quelli dell'Extra Area Vasta Nord-ovest hanno subito complessivamente una flessione del 4,5% e l'attrazione dei pazienti fuori regione è calata complessivamente del 15% (10.118 nel 2012 vs 11.895 nel 2008).

Nonostante il calo complessivo dell'attrazione da parte dei pazienti fuori regione è da notare che la flessione è avvenuta integralmente a carico delle prestazioni a bassa complessità (-16,82%) mentre per quanto riguarda la media complessità (+15%) e l'alta complessità (+2,37%) abbiamo un trend in crescita. Questo dato potrebbe riflettere le ricadute sui pazienti della attuali cadute economiche negative oppure un miglioramento dei servizi minimi delle zone di provenienza.

Rimane comunque consolidata la tendenza ad attrarre pazienti fuori regione e stranieri per l'alta ed altissima specializzazione di difficile reperibilità in altre zone d'Italia.

INDICATORI DI ATTIVITÀ' GREZZI:

Sono stati presi in considerazione : la degenza media, l'indice di occupazione, l'indice di rotazione e l'indice di turnover, l'andamento dei ricoveri ordinari oltre soglia totali chirurgici e medici. Visto che questi indicatori sono correlati saranno discussi congiuntamente.

Per quanto riguarda la degenza media si attestava nel 2008 a 6,87 giorni e nel 2012 a 6,04 con un calo costante nell'arco del quinquennio. Al livello nazionale si registra un dato pari a 6,7 – 6,8 giorni nell'anno 2012 secondo il rapporto dei dati SDO del Ministero della Salute.

La riduzione della degenza media e trimmata (6,87 nel 2008 vs 6,04 nel 2012) si sono accompagnate ad un calo dei ricoveri oltre soglia che passano da 1.316 nel 2008 a 716 nel 2012 (-40%) dei quali 170 chirurgici e 546 medici nel 2012; per quanto riguarda il quinquennio abbiamo una maggior riduzione dei ricoveri oltre soglia chirurgici che passano da 588 a 183 (-68,8%), mentre quelli medici da 728 a 580 (-20,32%) questi ultimi potrebbero parzialmente considerarsi un indicatore indiretto della difficoltà delle strutture territoriali a prendersi carico in tempi ragionevoli dei pazienti medici più complessi garantendo la continuità assistenziale sul territorio.

La riduzione del numero di ricoveri e quindi delle giornate di degenza complessivamente erogate e la riduzione dei posti letto hanno determinato una riduzione del tasso di occupazione dei posti letto ordinari.

L'anno 2012 ha registrato il miglior tasso di occupazione dell'ultimo quinquennio che è attorno all'81% mentre nel 2008 l'AUOP si attestava al 79,88%. (+1,12%).

Registra nel 2012, in linea con il trend osservato nell'ultimo quinquennio, un

ulteriore miglioramento, passando da 40,19 nel 2008 a 49,16 nel 2012.

Nell'anno 2012 registriamo il miglior risultato dell'ultimo quinquennio (1,41 vs 1,83 dell'anno 2008).

Attività di trapianto

L'Azienda Ospedaliero Universitaria in tema di alta specialità, esegue un ragguardevole numero di trapianti. E' centro regionale di riferimento per la notevole importanza che ha avuto negli ultimi anni il Sistema robotico "Da Vinci" la cui prima versione fu installata a Pisa nel febbraio del 2001. L'AouP è stata la seconda in Italia a dotarsene, un mese dopo l'ospedale San Raffaele di Milano. Dal 2001 al 2007 il robot è stato utilizzato principalmente per interventi di chirurgia toracica, e per alcuni di cardiocirurgia, per un totale di circa 500 interventi. Nel 2008, dopo l'acquisto della seconda versione del sistema robotico Da Vinci (Da Vinci S), è stato avviato il progetto di utilizzo multidisciplinare.

Per quanto riguarda l'attività dei trapianti di Fegato, nata nell'Azienda Ospedaliera nel 1996 è stata raggiunta quota 1500 nel Novembre del 2013 che colloca il centro pisano ai vertici della classifica nazionale e internazionale dell'attività trapiantologica epatica.

Mentre per quanto riguarda il trapianto Rene-Pancreas è da notare che a Pisa è stata compiuta la prima esperienza mondiale nel trapianto di pancreas mediante il sistema robotico daVinci Surgical System, ed anche la creazione del "Transplant Manager" in grado di identificare automaticamente le possibili coppie ricevente-donatore vivente di rene che beneficino di incroci con altre coppie, per superare problemi di incompatibilità immunoematologica (trapianto crossover).

L'attività di trapianto di rene da donatore vivente, in particolare, iniziò a Pisa il 15 febbraio 1972. Successivamente, l'attività di trapianto renale diventò standard a partire dal 1987 potendosi basare, prima in Italia, anche su di una lista di attesa unica regionale. Ad oggi, a Pisa, sono stati eseguiti oltre 1300 trapianti di rene (da donatore vivente e da donatore cadavere) ed oltre 300 trapianti di pancreas. E'

opportuno ricordare che il Centro di Pisa fu anche il primo in Italia ad eseguire, il 27 aprile 2000, il prelievo renale con tecnica laparoscopica ed il primo ad eseguire il prelievo di rene con il sistema robotico Da Vinci il 22 novembre 2008. Da allora queste tecniche sono divenute standard a Pisa ed i chirurghi dell'AouP hanno contribuito, e continuano a contribuire, alla loro diffusione in altri centri di trapianti in Italia e nel bacino Mediterraneo.

3. Riflessioni e Conclusioni:

Il Sistema DRG\ROD ha ricevuto e riceve tutt'ora molte critiche. Le direttrici in cui si sviluppano sono essenzialmente due:

Il fatto che un sistema di isorisorse non possa adattarsi congruamente alla realtà clinica, che ha sempre di più al suo centro il "paziente complesso", ed il fatto che il sistema stesso usato come remunerazione prospettica influenzi a sua volta le realtà cliniche con l'aggiunta di costi eccessivamente onerosi per il SSN.

Se la visione di un ospedale moderno, infatti, è quella di essere un “erogatore di servizi”, e se il sistema di classificazione è anche quello alla base della remunerazione prospettica il rischio è quello di privilegiare il ricovero di tipo chirurgico, in media più remunerativo e più facilmente orientabile e “governabile” e rendere la categoria "ricovero medico" un "cestino" in cui non si riesce ad inquadrare il paziente complesso o su cui scaricare eventuali deficit nella continuità assistenziale del territorio;

le maggiori critiche al sistema dei DRG derivano comunque dalla classificazione delle diagnosi e delle procedure.

La classificazione risulta non essere adeguatamente esaustiva delle procedure e degli interventi utilizzati nella pratica professionale, ed inoltre, essendo stilata sulla base della terminologia e degli studi di origine anglosassone, appare inadeguata a rispecchiare la pratica clinica ed organizzativa italiana [9].

Il continuo tentativo di migliorare il sistema si rende evidente anche tramite il "Progetto Mattoni" a cura del Ministero della Salute, in cui il "mattoncino" n°3, ritenuto "concluso" è: Evoluzione del sistema DRG nazionale.

Il progetto Mattoni è stato approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10 Dicembre 2003 con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel

Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

I rischi connessi ad un sistema di questo tipo, che incentiva in base alla categoria diagnostica ed al minor numero di tempo di permanenza sono:

- la riduzione della durata di degenza per singolo ricovero, con rischio di dimissione intempestiva del paziente,
- lo spezzettamento del profilo di cura dei pazienti in una serie di ricoveri separati, ciascuno dei quali viene pagato a tariffa piena,
- l'aumento del numero dei ricoveri per le categorie dei pazienti sono superiori al costo marginale di produzione, con rischio di aumento dei ricoveri inappropriati,
- la selezione, entro ciascun DRG, dei pazienti che presentano costi inferiori alla tariffa stabilita con rischio di problemi di accessibilità e di caduta di equità del sistema,
- la manipolazione della SDO in modo da determinare l'attribuzione del ricovero ad un DRG con un peso, e quindi una tariffa, superiore a quella reale.

Tale stortura, cioè l'attribuzione di un DRG più alto (fenomeno dell'upcoding) si vede più accentuatamente in sistemi sanitari regionali come quello Lombardo, in cui l'erogatore è più spesso privato rispetto al sistema Toscano.

E' recente il cosiddetto "Scandalo Santa Rita" di mala sanità in cui “Secondo l'accusa, i professionisti avrebbero falsificato le cartelle cliniche, affermando la sussistenza di patologie e necessità terapeutiche, allo scopo di chiedere alla Regione Lombardia e al Servizio Sanitario Nazionale un rimborso superiore a quello dovuto, per gli anni 2005 e 2006” (La Repubblica Milano 15.12.2013).

Particolare attenzione è stata dedicata dagli economisti sanitari al problema dell'asimmetria informativa di tipo principale, agente che favorisce l'erogatore della prestazione a discapito dell'acquirente (nel caso italiano le Asl) (Levaggi e Montefiori, 2004).

Solo il fornitore al momento del ricovero conosce lo stato clinico del malato trovandosi nella condizione di poter operare una selezione di patologie e pazienti sulla base del vantaggio economico, fenomeno che in economia sanitaria assume la denominazione di scrematura di mercato (cream skinning). La Asl acquirente invece si trova a dover pagare quello che i fornitori hanno scelto di erogare e può operare solo un controllo a posteriori.

Fin dall'inizio dell'adozione dei Drg (Diagnosis Related Groups, tradotto in italiano Rod, cioè Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) in Italia si discusse molto, l'importazione dagli Usa del sistema avveniva in un momento di critica sulla validità del loro utilizzo per misurare l'attività ospedaliera.

Una voce importante a livello internazionale di questo dissenso, proprio in quello stesso periodo, fu quella del professor Joseph Gonnella (nato a Pescopagano, PZ, nel 1934 ed emigrato negli Usa a 12 anni) della Thomas Jefferson University di Philadelphia, che proponeva, in maniera molto argomentata e documentata, il metodo del Disease Staging, già affermato e sostenuto negli Usa stessi, in contrapposizione all'ormai superato e stantio sistema dei Drg. Il professor Gonnella venne più volte anche in Italia, in quel periodo, ad illustrare il metodo da lui proposto. Probabilmente l'attitudine a vendere all'estero la tecnologia obsoleta, mentre ci si avvaleva già della nuova ed aggiornata, permeava da tempo la cultura negli Usa e si era estesa anche ai settori del knowhow organizzativo più in generale.

Il Disease Staging è un sistema di classificazione basato sulla gravità clinica che individua insiemi di pazienti che necessitano di cure o procedure similari, i cui esiti sono prevedibilmente simili. L'algoritmo della classificazione è puramente clinico. Esso considera la condizione patologica e, in modo omogeneo e rigoroso, la sua severità (viene infatti definito un sistema isoseverità). Questo lo differenzia dal sistema Drg, nel quale l'algoritmo è invece quello delle isorisorse, ovvero un misto non sempre omogeneo di criteri clinici e di omogeneità dei costi.

Il sistema DRG ha ricevuto delle critiche e correttivi anche dai suoi stessi sostenitori, nella letteratura troviamo l'elaborazione di nuovi indicatori alcuni rielaborati a partire dagli stessi DRG e con la stessa logica: un esempio è la U.m.A.O (unità di misura dell'attività ospedaliera) che dovrebbe misurare il "numero di ricoveri acuti equivalenti "rendendo a-dimensionale" il valore tariffario totale dell'attività, affrancandolo così dal valore della moneta, e di offrire un valore più facilmente rappresentabile perché riferito non ad un totale monetario bensì ad un numero di unità equivalenti di un prodotto conosciuto cioè il ricovero ordinario di complessità media [13].

Il Ministro della Salute on Beatrice Lorenzin in merito ai DRG ha affermato recentemente che:

"La realtà della organizzazione sanitaria è ancora incentrata sul "ricovero" del paziente rivolto alla cura della singola malattia acuta su indicatori di costo basati sui DRG, ma questi non sono in grado di fornire gli strumenti per monitorare, oltre all'importo clinico della complessità, quello economico soprattutto in un momento in cui le risorse erogabili in campo sanitario sono limitate".

Il concetto di Salute dai primi del '900 era inteso come "assenza di malattia" mentre nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), viene definito come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale".

Il passaggio che la medicina sta attraversando in tutte le sue articolazioni, dall'assistenza alla trasmissione dei saperi medici, è da un paradigma clinico riduzionistico che prevedeva l'individuazione della malattia, la sua terapia e quindi la guarigione, alla definizione dei problemi dell'individuo con l'obiettivo, non più di curare soltanto la malattia, ma di migliorare la qualità della vita stessa riducendo anche le differenze tra i pazienti con condizioni socio-economiche differenti.

Assistiamo oggi ad un mutamento anagrafico che riflette il miglioramento del benessere sociale ma anche un miglioramento degli outcome terapeutici che portano ad una maggior sopravvivenza, i "long survival", infatti, sopravvivono a malattie prima fatali.

Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte con circa 360.000 nuovi casi (1000 al giorno) e 174.000 decessi nel 2011 (Associazione Italiana Registri Tumori–AIRTUM). Da dati di prevalenza (Associazione Italiana Registri Tumori – AIRTUM) è possibile evidenziare come circa la metà dei pazienti cui viene fatta una diagnosi di cancro è ancora viva a 5 anni dal trattamento primario (sia esso chirurgico, radioterapico, chemioterapico o combinati).

Il progresso negli approcci terapeutici e l'applicazione di screening hanno portato, almeno nei tumori ad alta incidenza/mortalità (colon, mammella, cervice, polmone in fumatori), un incremento dei tassi di sopravvivenza.

Nell'anno 2013 gli ultrasessantacinquenni erano il 20,3% e si prevede che nel 2030 saranno il 33% della popolazione nazionale, la decade 80-90 è quella che cresce più rapidamente.

Si stima che gli ultracentenari che oggi nel nostro paese sono 17.000 saranno 170.000 entro trent'anni e la geriatria medica e la genomica ci indicano, tramite lo studio dei telomeri, che le possibilità di sopravvivenza saranno ancora maggiori. I disabili che sono oggi 280.000 aumenteranno del 70% e nel 2030 supereranno quota 5 milioni (Dati Ministero della Salute).

Questo, insieme al nuovo concetto di salute comporterà un carico di patologie e disabilità in costante incremento che di riflesso aumenterà il "bisogno di salute".

Il paziente che il servizio sanitario si troverà sempre più ad affrontare è un paziente "complesso" con un bisogno di salute diverso rispetto al passato.

Un esempio paradigmatico del paziente complesso è il paziente diabetico. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), negli ultimi anni la diffusione del diabete mellito ha subito un incremento esponenziale, tanto da

acquisire i caratteri di un'epidemia. Si ritiene che esista una quota elevata di casi di diabete misconosciuto, stimabile in una percentuale pari ad almeno il 50% di quello noto, e tali numeri sono destinati a raddoppiare entro il 2025 a livello mondiale se non si provvederà con misure adeguate di prevenzione e di cura [14].

Più che mai in questo contesto vale la necessità di modificare il nostro approccio metodologico e operativo dalla "malattia diabetica" al "paziente diabetico", ovvero dalla cura dei sintomi e delle anomalie metaboliche della patologia diabetica a quella del paziente nella sua globalità e complessità. A conferma di ciò, è stato recentemente pubblicato un interessante studio sulla rivista *Annals of Internal Medicine* sul tema delle diverse complessità che il medico di medicina generale è chiamato a dovere affrontare nel proprio operato quotidiano: è emerso che il paziente diabetico scompensato – ma non ancora "complicato" – rappresenta la criticità più impegnativa da gestire per il medico sul territorio, maggiore dell'utilizzo di psicofarmaci o di altre complessità quali la cura del paziente cardiopatico o con malattie respiratorie croniche. Le maggiori difficoltà nella gestione del paziente diabetico sul territorio derivano proprio dalla presenza di varie comorbidità in grado di interferire con l'attuazione della migliore terapia ipoglicemizzante, oppure esse stesse a rischio di aggravamento come conseguenza di una terapia antidiabetica inappropriata o semplicemente non adeguata alla complessità del fenotipo del paziente (si pensi al rischio di caduta o di ischemia miocardica nel diabetico anziano in cui si manifesta un'ipoglicemia).

Anche il progredire dell'età media ridefinisce il paziente complesso infatti la multimorbilità è presente in un terzo della popolazione adulta e la sua prevalenza aumenta con l'età, raggiungendo il 60% tra gli individui di età compresa tra 55 e 74 anni. Il trend di prevalenza di questa condizione è in crescita ed è stata chiaramente dimostrata la tendenza di alcune patologie a formare "clusters".

L'obiettivo di analisi efficace ed efficiente del paziente complesso non può prescindere da una riorganizzazione della realtà sanitaria.

Occorre offrire ai malati "complessi" nuovi percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, sempre più individualizzati, con la possibilità, inoltre, di usufruire di strutture in grado di prendere in carico l'individuo nel lungo termine, così da mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita, prevenendone la disabilità e migliorandone la qualità di vita. Così facendo si garantirebbe sia la continuità assistenziale ospedale-territorio, sia l'integrazione degli interventi sociosanitari [14]. Inoltre, un'inadeguata valutazione della complessità ed il mancato coordinamento tra le varie specialità possono portare a ritardi diagnostico-terapeutici, riammissioni improprie, frammentazioni e duplicazioni di ricovero con allocazione inappropriata delle risorse.

A Pisa, la popolazione assistita sul territorio della Asl 5 è di circa 340mila cittadini, di cui il 37% over 60. A questa fotografia si accompagna una sempre maggiore comorbidità, ossia la presenza di più patologie in soggetti anziani.

E' evidente che, per questa fetta di popolazione, la risposta del servizio sanitario deve prevedere un processo assistenziale integrato fra la gestione della fase acuta, di competenza dell'ospedale, e la gestione della fase postacuta, a carico dei presidi sociosanitari dell'Azienda Usl (ospedale di comunità, residenze sanitarie assistite, assistenza domiciliare). In un quadro di questo tipo la sostenibilità del sistema nel lungo periodo può essere garantita solo con una maggiore attenzione al ruolo della prevenzione e della promozione della salute.

L'approccio diagnostico e terapeutico deve quindi essere diretto al paziente nel suo complesso e non alla singola malattia; per questo, occorre fornire le conoscenze e gli strumenti utili a identificare, nell'ambito di una visione "globale" dell'individuo malato, i determinanti che svolgono un ruolo chiave nell'influenzare lo stato di salute dell'individuo e il cui mancato riconoscimento andrebbe a minare l'equilibrio del paziente. A ciò si arriva mediante una strategia terapeutica e assistenziale multiprofessionale e personalizzata in cui si integra il valore aggiunto di strutture assistenziali di alta specialità come l'Azienda

Ospedaliero Universitaria con la continuità assistenziale sul territorio.

L'analisi dei dati dei volumi dei ricoveri dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di questo elaborato non sono stati direttamente tesi all'interpretazione della realtà e della declinazione globale del sistema sanitario, alcuni dati o indici, tuttavia, riflettono indirettamente la difficoltà del territorio di farsi carico di pazienti complessi nei tempi e nei modi adeguati.

L'interesse rinnovato per la “sanità d’iniziativa” sottende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli “va incontro” prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla prevenzione e sull’educazione.

Sono espressione di questa nuova esigenza sanitaria iniziative di integrazione che le alcune Regioni stanno intraprendendo: i CReG (Chronic Related Group) della Regione Lombardia e il CCM (Chronic Care Model) della Regione Toscana, entrambi modelli regionali che mirano ad assicurare la continuità di diagnosi e cura al paziente cronico.

All'interno del Chronic Care Model la Regione Toscana ha intrapreso la medicina d'iniziativa come previsto dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010 attraverso l'istituzione delle “case della salute” quale “nuovo approccio organizzativo in grado di adeguare la capacità di risposta del sistema al mutamento del contesto epidemiologico, caratterizzato dall’aumento delle patologie croniche e dalla conseguente modifica della domanda assistenziale.”

Come conferma del riflesso della realtà territoriale su quella ospedaliera gli indicatori di processo e di esito dei centri sperimentali delle Case della Salute viene segnalato che:

"Il tasso di ricovero ospedaliero subisce un decremento del 5% come ricoveri ogni 1000 abitanti o residenti ed un decremento del -2,6% al mese calcolato sulle tariffe dei DRG, cala il tasso di inappropriatezza all’uso del Pronto Soccorso, i

codici bianchi e blu. Questi accessi impropri al Pronto Soccorso dell'ospedale di riferimento subiscono un decremento molto elevato pari al -73% .

La Casa della salute è da intendersi come la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione.

E' evidente quindi l'importanza degli ospedali ad alta intensità di cura ma sarà strategico il ruolo che nel futuro del servizio sanitario nazionale assumerà la medicina di base e i medici di medicina generale .

Bibliografia

[1] Langiano T, “*DRG: Strategie, valutazione e monitoraggio*” Il pensiero scientifico editore, 1996, Roma.

[2] Ministero della Salute “*Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori*”, Gennaio 2012, Roma.

[3] Sabina Nuti, “*La valutazione come metodo di lavoro: il sistema adottato dalla Regione Toscana*”, Quaderno Monitor, supplemento della Rivista Monitor Agenas, Numero 20 2008

[5] Taroni Francesco, “*Politiche sanitarie in Italia, il futuro del SSN in una prospettiva storica*”, Il pensiero scientifico editore, 2011.

[6] A. Gallo, A. Baggiani, M. Miccoli, F. Torracca, G. Privitera “*L'appropriatezza delle prestazioni chirurgiche nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana negli anni 2001-2006*”, Rivista Italiana d'Igiene, 2009

[7] C. Cislighi, I. Morandi, E. Di Virgilio, G. De Giacomi, “*Complessità ed appropriatezza: sono criteri da utilizzare per il riparto?*” Age.na.s., Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

[10] C. De Luca, M. Rolloni, N. R. Brizioli, “*Scrematura di mercato nell'assistenza sanitaria: effetti sull'attività degli ospedali e sul trattamento dei pazienti nella Asl Roma Note, esperienze e documenti Politiche sanitarie*” 2011.

[12] Rivista "Monitor Elementi di analisi e osservazione del sistema salute" anno 2009 n° 24

[13] Cesare Cislighi e al. “*Una nuova misura dell'attività Ospedaliera*”

L'attività Ospedaliera dati e riflessioni, I quaderni di Monitor n°5 2010.

[14]. Quaderni del Ministero della Salute Settembre-Ottobre 2013

[15] C. Cislighi, G. de Giacomi, E. Di Virgilio, I. Morandi, “*L'attività ospedaliera dati e riflessioni*” quaderni di Monitor, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, n°24, 2009

Sitografia

[4] www.agenas.it/ Progetto Remolet

[9] www.ministerosalute.it “I problemi del sistema DRG in DRG percorsi medico terapeutici, struttura e tariffa”

[16] http://www.agenas.it/monitor_supplementi.html

Leggi consultate:

LEGGE 23 dicembre 1978, n.833. “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”. Supplemento Ordinario della Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28-12-1978

DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n.502. “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”. S.O. della Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1992, n.305

DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n.517. “*Modificazioni al Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421*”. S.O. della Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n.293

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 1 marzo 1994. “*Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996*”. S.O. della Gazzetta Ufficiale 23 luglio 1994, n.171

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 luglio 1998.

"Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000". S.O. della Gazzetta Ufficiale 10 dicembre 1998, n.288

DECRETO LEGISLATIVO 18 febbraio 2000, n. 56 *"Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n.133."* Gazzetta Ufficiale 15 marzo 2000, n. 62

LEGGE COSTITUZIONALE 18 ottobre 2001, n.3. *"Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione"*. Gazzetta Ufficiale 24 ottobre 2001, n.248

ACCORDO TRA GOVERNO, REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO *"Integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 (repertorio atti 1004) e il 22 marzo 2001 (repertorio atti 1210) in materia sanitaria"*. Gazzetta Ufficiale 6 settembre 2001, n.207

DPCM 29 novembre 2001. *"Livelli essenziali di assistenza sanitaria"*. Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n.33

D.M. 12 dicembre 2001. *"Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"*. Gazzetta Ufficiale 9 Febbraio 2002, n.34